

Norma y Protocolo de Planificación Familiar



Ministerio de Salud Pública

Proceso de Normatización del SNS

Subcomisión de Prestaciones del SNS

Sistema Nacional de Salud



Agosto del 2010

Autoridades MSP

Dr. David Chiriboga

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dra. Ximena Abarca

SUBSECRETARIA GENERAL DE SALUD

Dr. Xavier Solórzano

SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. Fátima Franco

SUBSECRETARIA REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina

DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dr. Washington Estrella

DIRECTOR NACIONAL DE NORMATIZACIÓN

Autoridades CONASA

Dr. David Chiriboga
Ministro de Salud Pública
Presidente del Directorio del CONASA

Ec. Jeannette Sánchez
Ministra de Coordinación de Desarrollo Social

Dra. Carmen Laspina
Directora General de Salud

Ec. Fernando Guijarro
Delegado Director General del IESS

Dr. Leonardo Bravo
Director Ejecutivo AFEME

Dr. Gorki Espinoza
Representante Gremios de Profesionales

Dr. Paolo Marangoni
Representante Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Carlos Arreaga
Representante SOLCA

Cnrl. CSM Jaime Proaño
Director de Sanidad del Comando Conjunto de las FFAA

Ing. Geovanny Benítez
Delegado CONCOPE

Ing. Héctor Jácome
Delegado AME

Dr. Alfredo Borrero
Representante Entidades Salud Privadas con fines de Lucro

Dr. Nelson Oviedo
Representante Entidades Salud Privadas sin fines de Lucro

Ab. Jane Exkart Rubio
Representante Gremios de los Trabajadores

Dra. Celia Riera
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Dr. Jorge Parra
Representante UNFPA en el Ecuador

Ing. Cristian Munduate
Representante de UNICEF Ecuador

Dra. Irina Almeida
Directora Ejecutiva CONASA

Elaborado por:

EDITORES

- Dr. José Luis Escobar
- Dr. Eduardo Yépez
- Dr. Wilfrido León
- Dra. Alexandra Caicedo
- Dra. Belén Nieto

COLABORACIÓN EN LA EDICIÓN POR CONASA

- Dra. Irina Almeida
- Dra. Lilián Calderón

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Dr. Klever Abad
Hospital Eugenio Espejo-Quito
Obst. Lydia Aguilar
Área de Salud Trinitaria
Dr. Edison Aillón
APROFE Quito
Dra. Marcia Elena Alvarez
UNFPA
Dr. Enrique Amores
Hospital Enrique Garcés
Obst. Gina Armas
Área 1 Guasmo Sur
Dr. Ronald Ayala
Clínica Pichincha
Dr. Julio Barberís
Unidad Municipal Sur - Quito
Dra. Judith Cárdenas
IESS Cuenca
Dr. Oswaldo Cárdenas
Hospital Vicente Corral Moscoso - Cuenca
Dr. Ernesto Cartagena
APROFE Guayaquil

Dr. Eduardo Chalén
Federación Ecuatoriana de Sociedades de
Ginecología y Obstetricia
Dr. Peter Chedraui
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dr. Germán Cisneros
Hospital Eugenio Espejo
Dra. Norma Cordero
Fundación Pablo Jaramillo
Dr. Manuel Crespo
Maternidad Mariana de Jesús
Dr. Jorge Daher
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dra. Elena Dávila
Área de Salud Mapasingue
Dr. Marco del Pozo
Hospital Carlos Andrade Marín
Dr. Francisco Delgado
Hospital Pablo Arturo Suarez
Dra. Sonia Diaz
CEMOPLAF

Dr. Antonio Domínguez
Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1
Dr. Pablo Doumet
Sociedad de Anticoncepción
Obst. Carolina Drouet
Área 7 Centro de Salud N° 4
Dr. Jaime Dueñas
Área de Salud Pancho Jácome
Dr. Francisco Eguez
Maternidad Enrique Sotomayor
Dr. Luis Escobar C.
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dr. Luis Escobar K.
Pontificia Universidad Católica de Quito
Obst. Soledad Estrella
Área 1 Pumapungo
Dra. María de Lourdes Frugone
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dr. Julio Galárraga
Hospital Eugenio Espejo
Dra. Guisella Gavilanes
Centro de Salud Comité del Pueblo - Quito
Dra. Mariana Gaybor
Hospital José Carrasco Arteaga IESS Cuenca
Dra. Isabel Granda
Hospital Mariano Estrella
Dr. Luis Hidalgo
Pontificia Universidad Católica de Quito
Dr. Francisco Hidalgo
Unidad Municipal Sur
Dr. Edison Huanca
Centro de Salud Ricaurte - Cuenca
Dr. Patricio Jácome
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dr. Alfredo Jijón
Sociedad Ecuatoriana de Gineco Obstetricia -
Pichincha
Dra. Lucy Jurado
Área de Salud Trinitaria - Guayaquil
Dr. Armando Larrea
Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1
Dr. Miguel Lazo
Área de Salud Martha de Roldós - Guayaquil
Dra. Patricia León
Sociedad Ecuatoriana de Gineco Obstetricia -
Guayas
Dra. Ana Navarrete
Hospital de Los Valles
Dr. Fabian López
Hospital El Girón - Azuay
Obst. Mireya López
Área de Salud Durán - Guayas
Dr. Paolo Marangoni
APROFE Guayaquil
Dr. Amalio Martínez
Pontificia Universidad Católica - Guayaquil

Dr. Guillermo Maruri
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dr. José Masache
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dra. Mónica Matovelle
Hospital San Martín de Porras - Cuenca
Dr. Andrés Medina
Hospital San Martín de Porras - Cuenca
Dr. Abel Meléndez
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dra. Fátima Mera
Área 3 - Guayaquil
Dr. Jaime Miranda
Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón
Dr. Xavier Molina
Clínica Paucarbamba - Cuenca
Dr. Juan Molina
Hospital Metropolitano
Dr. Rolando Montesinos
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
Dr. Edison Muñoz
Centro de Salud Yanuncaí
Dra. Mariana Murillo
APROFE Guayaquil
Dr. Jorge Narvaez
Sociedad de Anticoncepción
Dr. Humberto Navas
Director del Hospital Gineco Obstétrico Isidro
Ayora
Dr. Hernán Neira
Área 1 Pumapungo - Cuenca
Dr. Enrique Noboa
Universidad Central del Ecuador
Dr. Claudio Obando
APROFE Quito
Dr. Marco Orbea
Hospital Metropolitano
Dr. Carlos Ortiz
Fundación Pablo Jaramillo - Cuenca
Dra. Tatiana Ortiz
CEPAM Guayaquil
Dra. Regina Paiva
Área 1 Guasmo Sur - Guayaquil
Dr. Jorge Parra
Representante del UNFPA en Ecuador
Dr. Carlos Peña
Responsable de Implantación de la Norma
DPS - Guayas
Dr. Aníbal Pico
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dra. Clemencia Ponce
Área de Salud Sauces 3
Dr. Alfredo Proaño
Hospital Quito N.1- Policía Nacional
Dra. Ximena Proaño
APROFE Quito

Dra. Inti Quevedo
Área 17 Durán - Guayaquil
Dra. Betty Ramos
Hospital Francisco Icaza Bustamante
Dra. Martha Robalino
Centro de Salud N°3 - Cuenca
Dra. Eliana Robles
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dr. Rodolfo Rodríguez
Universidad Estatal Guayaquil
Obst. Zaida Romero
Área de Salud Martha de Roldós
Dra. Katty Sacoto
Centro de Salud Yanuncai
Dra. Glenda San Miguel
APROFE Guayaquil
Dra. Narcisa Sión
APROFE Guayaquil
Dra. Fanny Soto
APROFE Guayaquil
Dr. Miguel Tay Lee
Área 12 - Bastión Popular - Guayaquil
Dra. Maritza Terreros
Área de Salud Pancho Jácome
Dra. María Tigreros
Área de Salud Mapasingue
Dr. Carlos Torres
Clínica Pichincha
Dra. Miluska Unamuno
APROFE Guayaquil

Dra. Ghislaine Valdez
Área 1 Guasmo Sur - Guayaquil
Dr. Pablo Valencia
Hospital Metropolitano
Dr. Max Vallejo
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor
Dra. Guisella Varas
Área de Salud Martha de Roldós
Dra. Zenovia Vargas
Maternidad Mariana de Jesús
Dr. Diego Vasquez
Hospital Vicente Corral Moscoso
Dr. Bernardo Vega
Hospital Vicente Corral Moscoso
Dr. Luis Vela
Sociedad Ecuatoriana de Gineco Obstetricia
Dra. Shirley Venegas
Área de Salud Sauces 3
Dra. Pepita Vera
Área de Salud Bastión Popular
Dr. Edmundo Vera
Hospital IESS - Cuenca
Dra. Rebeca Yonce
Área 1 Guasmo Sur - Guayaquil
Dr. Washington Yoong
Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón
Dr. José Zapata
APROFE Quito
Dra. Ximena Zurita
Universidad Internacional del Ecuador



Ministerio de Salud Pública

No. 00000421

EL SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

QUE: la Constitución de la República del Ecuador dispone Art. 32: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional".

"Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector."

QUE: la Ley Orgánica de Salud manda " Art. 4: La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias".

"Art. 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:6) Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera";

QUE: mediante memorando No. SNS-12-1120-2009 de 2 de Octubre del 2009, el Director Nacional de Normatización, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial; solicitud que es ratificada mediante memorando No. SNS-10-254-2010 del 29 de abril del 2010.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA



Ministerio de Salud Pública

00000421

ACUERDA:

- ART. 1** Aprobar y autorizar la publicación de las "Normas y Procedimientos en Planificación Familiar", elaborado por el personal de la Dirección de Normatización.
- ART. 2** Disponer su difusión a nivel nacional para que sean aplicados obligatoriamente en todos los servicios del sector de la salud, tanto públicos como privados.
- ART.3** Designar como responsables del seguimiento y evaluación de la Norma a las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud y Normatización.
- ART.4** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a:

25 AGO. 2010

DR. DAVID CHIRIBOGA ALLNUTT
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Solicitado por: Dr. Washington Estrella
Revisado: Dr. Raúl Zambrano Figueroa
Elaborado por: Dra. Paola Pavón V.
Ant.4419



Índice:

Autoridades del MSP	2	Métodos temporales intrauterinos	93
Autoridades del CONASA	3	Dispositivo intrauterino	
Acuerdo Ministerial	7	• de cobre (DIU-Cu)	94
Índice	9	• de Levonorgestrel (DIU-LNG)	102
Presentación	11	Métodos de barrera	110
Introducción	12	Condón Masculino	114
Normativa General	14	Condón Femenino	116
I. ASESORÍA GENERAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	17	Métodos naturales	
II. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	21	Método de amenorea de la lactancia (MELA)	119
III. ATENCIÓN EN INFERTILIDAD	29	Conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de la fertilidad	123
IV. ATENCIÓN EN ANTICONCEPCIÓN	35	Métodos definitivos Quirúrgicos	129
• Asesoría y Protocolo General	37	• Vasectomía	
• Asesoría en adolescentes	40	(Esterilización quirúrgica masculina)	134
• Asesoría en mujeres próximas a la menopausia	42	• Ligadura	
• Asesoría en personas con discapacidades	44	(Esterilización quirúrgica femenina)	136
• Protocolo para uso de métodos anticonceptivos	47	V. ANEXOS	141
Métodos temporales hormonales		• Lista de verificación de ausencia de embarazo	142
Anticonceptivos combinados	48	• Eficacia de los métodos anticonceptivos	142
• Anticonceptivos orales combinados	52	• Categorías para métodos temporales	143
• Anticonceptivos inyectables combinados	56	• Categorías para métodos definitivos quirúrgicos	144
• Parche transdérmico	60	• Tabla general de criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos	145
Anticonceptivos que solo contiene progestina	66	• Abreviaturas	148
• Anticonceptivos orales que solo contienen progestina	70	BIBLIOGRAFÍA	149
• Anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina	74		
• Implantes subdérmicos	78		
• Anticoncepción de emergencia	86		



Presentación

El acceso universal a la Salud Sexual y Salud Reproductiva es considerado fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al considerar que estos no podrían ser alcanzados si no se progresa en lo relativo a la Planificación Familiar.

Anualmente se podrían evitar miles de muertes maternas si las mujeres que no desean tener hijos utilizarían métodos anticonceptivos eficaces, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y neonatal considera a la Planificación Familiar como una de las principales estrategias para lograr las metas propuestas y reducir la mortalidad materna en nuestro país.

La planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una Salud Sexual y Reproductiva plena, razón por la cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo referente a métodos anticonceptivos. La tarea es permanente si consideremos que generación tras generación siempre habrá gente que necesite planificación familiar, con todos sus componentes: control preconcepcional, anti-concepción y atención de infertilidad.

A pesar de los esfuerzos emprendidos en los últimos años todavía existe una brecha en relación al acceso, al conocimiento de las opciones anticonceptivas y su utilización, muchas/os usuarias/os utilizan anticonceptivos para evitar el embarazo pero fracasan

por una serie de razones: falta de instrucciones claras acerca de uso, el no conseguir el método más adecuado de acuerdo a sus necesidades, el desconocimiento de efectos colaterales, etc. En tal razón, se torna imprescindible contar con servicios de salud con personal capacitado que brinde información clara y veraz, permitiendo al usuario/a realizar la elección de un método acorde con la situación y las necesidades específicas, promoviendo que la decisión tomada sea voluntaria y basada en una información y asesoramiento adecuados.

Para cubrir los requerimientos de las usuarias/os, promover la utilización de los servicios, aumentar el uso seguro y eficaz de los métodos anticonceptivos, se pone a disposición un componente normativo que esté acorde con las características de un programa efectivo de Planificación familiar, que brinda información técnica basada en evidencia científica, que se convierte en un documento de referencia, un asistente para la toma de decisiones y un recurso de capacitación para los proveedores en el campo de la planificación familiar.

Dr. David Chiriboga
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Introducción

La actualización de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar, surge de la necesidad de reformular las estrategias nacionales en salud en respuesta al nuevo marco constitucional e integrar las acciones ya realizadas en el tema. La Norma y Protocolo de Planificación Familiar pretende integrar en los servicios una atención efectiva y eficiente garantizando una prestación integral en el marco de los derechos de las y los usuarias/os.

La Planificación Familiar se compone de tres momentos:

El primer momento identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como **Control Preconcepcional**.

El segundo momento comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como **Asesoramiento y uso de métodos de Anti-concepción**.

El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como **Asesoramiento y Manejo en Infertilidad**.

Partimos de la base de que la salud en general y la salud sexual y salud reproductiva en particular es probablemente el bien social mas importante de la familia actual por tanto planificar la misma constituye el eje sustancial del bienestar social y económico de la familia, la comunidad y la nación.

Esta normativa habilita y apoya la implementación de Servicios Integrales de Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque de derechos cuyo propósito es contribuir a la disminución de las inequidades en el acceso a la información y a los métodos de planificación familiar en sus tres momentos, para el ejercicio pleno de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador.

Para cumplir con los objetivos establecidos se han propuesto conductas como ofrecer una atención centrada en los usuarios/as, mejorar la calidad de atención, integrar los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud sexual y salud reproductiva y en cada uno de estos se hará énfasis en:

La calidad de atención según el nivel de complejidad (primario, secundario y terciario) contando con un equipo capacitado en competencias mínimas de asesoramiento en Planificación Familiar y derechos sexuales y reproductivos, con el objeto de aumentar la satisfacción de las usuarias/os y promover la utilización de los servicios.

El respeto a los derechos de cada individuo, hombre o mujer, de decidir el momento oportuno, la cantidad, el intervalo para tener hijos/as.

La Integralidad de la atención identificando que el asesoramiento debe tomar en cuenta no solamente el aspecto biológico sino también el psicológico, social, cultural y emocional.

La oportunidad de la atención en planificación familiar ya que todo demandante de este servicio debe ser atendido de forma prioritaria en especial adolescentes, personas que

viven con VIH y SIDA, mujeres próximas a la menopausia o usuarios/as con discapacidades, que acceden muchas veces por la condición propia de cada grupo de forma limitada al servicio y al no encontrar respuesta pueden desarrollar conductas de planificación familiar no acordes a un asesoramiento informado en el marco de la evidencia científica.

La Interculturalidad en la atención como estrategia de respeto que incrementa la demanda y la utilización de los servicios.

Normativa General en Planificación Familiar

TODOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN ESTARÁN ENCARGADOS DE BRINDAR INFORMACIÓN VERAZ EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MARCO DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE PARA QUE LAS USUARIAS/OS REALICEN UNA ELECCIÓN.

TODOS LOS NIVELES DEBEN TENER COMO BASE PARA LA ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN LOS CONCEPTOS Y CRITERIOS EXPUESTOS EN ESTE DOCUMENTO.

RECIBIR ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES UN DERECHO PARA MUJERES Y HOMBRES DE TODAS LAS EDADES.

EL PERSONAL DE SALUD RESPETARÁ Y ALENTARÁ A LA USUARIA/O A UTILIZAR EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE ELECCIÓN, DANDO TODA LA INFORMACIÓN Y AYUDA NECESARIA PARA QUE LO UTILICE EFECTIVAMENTE

TODOS LOS MÉTODOS QUE SON APROPIADOS PARA ADULTOS SANOS SON TAMBIÉN APROPIADOS PARA ADOLESCENTES SALUDABLES, A EXCEPCIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA Y FEMENINA.

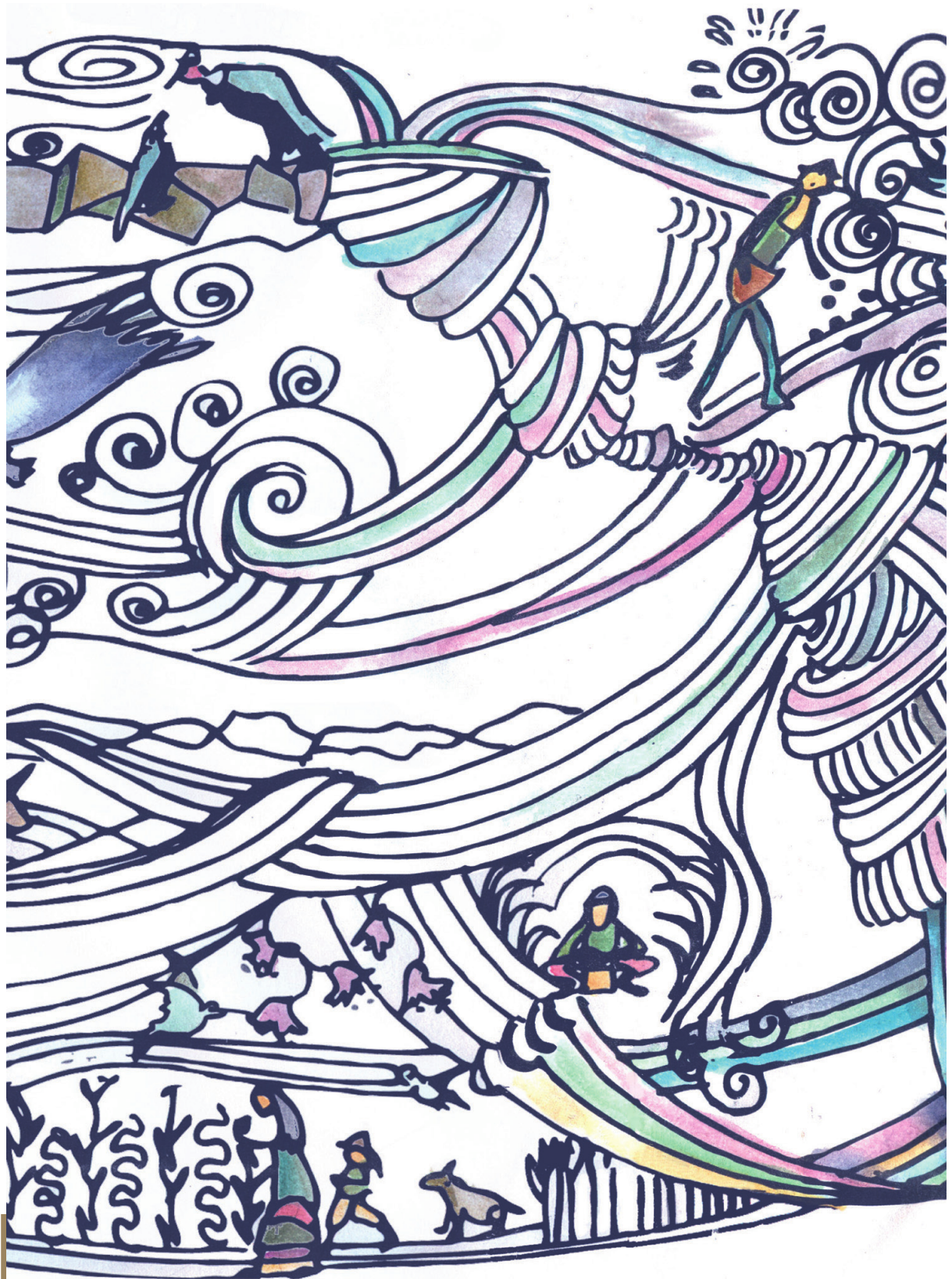
TODOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN SON ENCARGADOS DE BRINDAR ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA DEFINITIVA, LOS NIVELES II Y III SON LOS ENCARGADOS DE REALIZAR LA INTERVENCIÓN, CON ESPECIALISTAS QUE TENGA ENTRENAMIENTO Y PRÁCTICA QUIRÚRGICA.

NO SE REQUIERE DEL CONSENTIMIENTO O ACEPTACIÓN DE LA PAREJA PARA LA ELECCIÓN DE CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO, INCLUYENDO LOS QUIRÚRGICOS.

LA ASESORÍA Y SUMINISTRO DE ANTICONCEPTIVOS LO REALIZARÁ TODO PERSONAL CON ENTRENAMIENTO EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

TODOS LOS NIVELES SON ENCARGADOS DE ASESORAR Y SUMINISTRAR INSUMOS ANTICONCEPTIVOS.

TODAS LAS UNIDADES DE SALUD DISPONDRÁN DE PROVISIONES DE ANTICONCEPCIÓN, EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA



Asesoría General en Planificación Familiar

La Asesoría en Planificación Familiar es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación en salud.

La misma identifica tres componentes:

- **El primero**, los/las usuarios/as externos/as que consultan por que desean planificar su familia en cualquiera de los tres momentos (deseo de embarazo, deseo de contracepción y dificultad para embarazarse).
- **El segundo**, el usuario/a interno/a o equipo de atención en salud que debe ser capaz de acompañar la decisión de planificación familiar es quien ofrece el asesoramiento en el marco de la mas alta evidencia científica sin interponer condiciones personales o juicios ético morales en este proceso.
- **El tercero**, la intervención en salud que corresponde al acuerdo entre el usuario/a interno/a y externo/a que beneficiará a este último en el marco de su demanda de derecho y proporcionará

las conductas acordes para la planificación familiar.

El asesoramiento implica desde el punto de vista del equipo de salud dos importantes prerequisites:

1. El reconocer a la persona en consulta como un sujeto de derechos que debe ser respetado en cualquier situación vital, condición social, cultural, étnico, religiosa y opción sexual o reproductiva.
2. El redimensionar la propia labor profesional en base a la bioética que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión tomada después de recibir información veraz con lo cual, se desarrolla beneficencia en el entendido de que la persona asesorada escoge lo mejor para su vida y su salud y se desarrolla la no maleficencia ya que no se pone en riesgo a la persona y se respeta la opción de decidir de ésta, sin discriminarla por ninguna condición.

El asesoramiento en Planificación Familiar implica una acción proactiva para poner a disposición del usuario/a externo/a la mejor información disponible, con un lenguaje adecuado a su comprensión y su situación, de una manera asertiva.

Para el asesoramiento integral los profesionales deberán mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes en las relaciones interpersonales y sobre todo con las usuarias y usuarios.

Esta condición clave a desarrollar se expresará en la atención integral a la mujer y al varón en cualquiera de las circunstancias que viva.

El asesoramiento en Planificación Familiar se desarrollará de manera consecutiva e integrada en los 3 niveles de atención del sistema nacional de salud. En los que se articulará el proceso en base a la complejidad de la atención requerida por los usuarios/as, abordando de forma integral aspectos bio-psico-sociales individualizando por ende el proceso de atención, generando respuestas para reducción de riesgos y daños en salud en el marco de la toma de una decisión asertiva por la usuaria/o para lo cual se debe realizar **siempre estas cuatro ACCIONES BÁSICAS:**

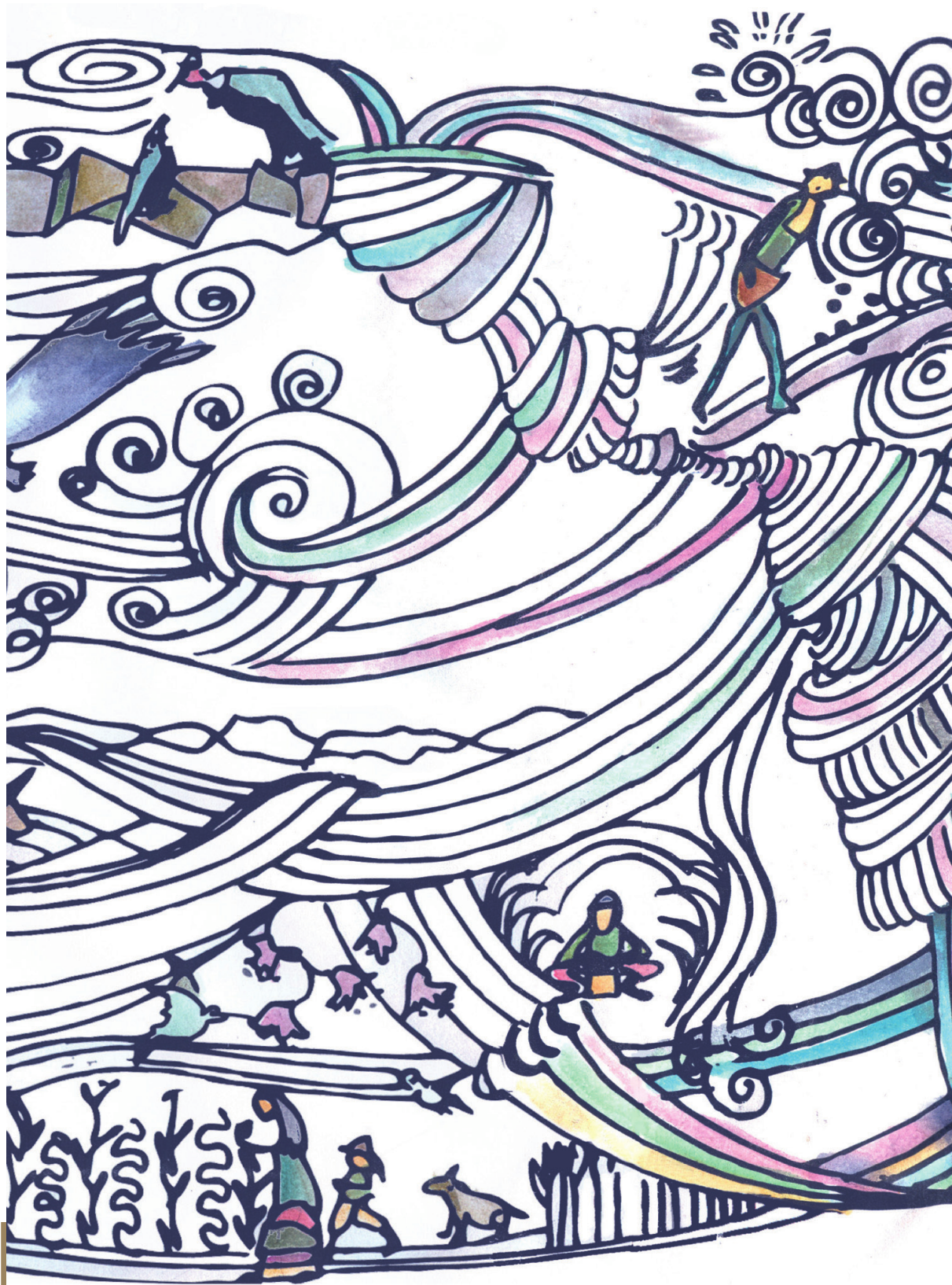
1. Brindar un ambiente de **CONFIANZA** interactuando con la usuaria/o, motive

a que se manifiesten sobre sus propias necesidades e inquietudes. Use un lenguaje claro, sencillo y respetuoso para una adecuada comunicación, demuestre gran predisposición para hablar abiertamente de cualquier tema y para contestar todas las preguntas y dudas.

2. Garantizar absoluta **CONFIDENCIALIDAD**: asegure a la usuaria/o (y a su pareja o acompañante) que nada de lo que se trate durante la asesoría se discutirá con otras personas, esto es muy importante para todas las pacientes, pero sobre todo para grupos vulnerables como adolescentes, víctimas de violencia de género e intrafamiliar y personas en riesgo de ITS/VIH y SIDA.
3. Tratar a la usuaria/o (y a su pareja o acompañante) en forma **INDIVIDUALIZADA** de acuerdo a sus características propias: edad, paridad, deseo de embarazo, condiciones sociales, económicas, culturales, religiosas, emocionales, capacidades especiales, riesgo y prevención de ITS, violencia de género e intrafamiliar.
4. Interactuar con la usuaria/o para que determine con **LIBERTAD** su situación, requerimientos y preocupaciones sobre su necesidad de planificación familiar.

Para el cumplimiento adecuado de la asesoría en Planificación Familiar debe manejarse los principios básicos enunciados previamente y observar el siguiente algoritmo de atención.





// Atención Preconcepcional

Normativa para la atención preconcepcional

LA ASESORÍA PRECONCEPCIONAL DEBE SER OFERTADA CON EL OBJETIVO DE IDENTIFICAR RIESGOS EXISTENTES O POTENCIALES QUE PUEDEN SER CORREGIDOS PREVIO A LA CONCEPCIÓN.

SE RECOMIENDA QUE LA ASESORÍA PRECONCEPCIONAL SE REALICE DENTRO DEL AÑO QUE PRECEDE AL COMIENZO DEL EMBARAZO.

TODOS LOS NIVELES SON ENCARGADOS DE OFRECER ASESORÍA PRECONCEPCIONAL.

LA ASESORÍA PRECONCEPCIONAL LA REALIZARÁ TODO PERSONAL CON CAPACITACIÓN MÍNIMA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

ANTES DE LA ASESORÍA, DESCARTE RAZONABLEMENTE QUE LA MUJER NO ESTE EMBARAZADA. SI YA ESTA EMBARAZADA, PROCEDA CON EL CONTROL PRENATAL.

SE DEBE ADAPTAR LA INFORMACIÓN DE FORMA PERSONALIZADA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LA USUARIA/O, PARA GARANTIZAR UN EMBARAZO SALUDABLE EN EL MOMENTO OPORTUNO.

ALGUNAS DE LAS ACCIONES QUE SE DESARROLLAN EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL EVITAN LA NECESIDAD DE SU REPETICIÓN EN LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL.

Definiciones

Asesoría preconcepcional

Permite identificar y modificar los riesgos de tipo conductual, social y biomédico para precautelar la salud de la usuaria-o y el desarrollo normal del futuro embarazo mediante su prevención y manejo.

Determinación de riesgo preconcepcional.

Incluye fundamentalmente la identificación y prevención a través de:

- Evaluación del riesgo preconcepcional:
 - I. Por Anamnesis
 - II. Por Examen Físico
 - III. Por Estudios Complementarios
- Promoción de acciones educativas y saludables

CÓDIGO

Z31
Z31-6
Z31-8
Z36

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la procreación
Consejo y asesoramiento general sobre la procreación
Otra atención especificada para la procreación
Investigaciones prenatales

ASESORÍA Y PROTOCOLO DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

ASESORÍA	NIVEL		
	I	II	III
1. Aplique las 4 acciones básicas en Planificación Familiar. • Crear un ambiente de CONFIANZA. • Garantice absoluta CONFIDENCIALIDAD. • Trate a la usuaria (y a su pareja) en forma INDIVIDUALIZADA. • Interactúe con la usuaria/o para que determine con LIBERTAD la situación, requerimientos y preocupaciones sobre su necesidad de planificación familiar.	x	x	x
2. Brinde información completa para una adecuada decisión del momento oportuno para un embarazo.	x	x	x
PROTOCOLO			
I. Determinación del riesgo preconcepcional por anamnesis	I	II	III
3. Realice anamnesis completa, recalcando el interrogatorio de identificación de factores de riesgo: edad, antecedentes médicos de enfermedades agudas y crónicas, antecedentes reproductivos, antecedentes familiares y factores psicosociales.	x	x	x
4. Si la usuaria/o presenta cualquiera de las siguientes condiciones, la asesoría preconcepcional debe ser enfocada a un detenido análisis del riesgo según la TABLA DE CONDUCTAS al final del capítulo • Edad > 35 o < de 19 años. • Exceso o déficit de peso. IMC < 20 o > 30. • Enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, antecedente de accidente cerebro vascular, dislipidemia. • Diabetes mellitus. • Hepatitis B. Ictericia o enfermedad hepática grave. • Hipotiroidismo. • Pérdida habitual o recurrente de la gestación. • Defectos congénitos o de tubo neural previos. • Tumores mamarias, genitales o extragenitales benignos o malignos. • ITS/VIH y SIDA • Medicamentos: isotretinoína, anticonvulsivantes (ácido valproico) o anticoagulantes orales. • Exposición a tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. • Fenilcetonuria. Baja prevalencia en Ecuador.	x	x	x

II. Determinación del riesgo preconcepcional por examen físico.	I	II	III
5. Realice un examen físico general que incluya: • Peso y talla • Cálculo de Índice de Masa Corporal. $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. para consejo nutricional. • Tensión arterial. • Pulso. • Examen general por aparatos y sistemas. • Exploración mamaria (incentivar el autoexamen de mama) • Exploración genital (toma de citología cérvico vaginal si corresponde).	x	x	x
6. Si se sospecha o confirma que la usuaria/o presenta cualquier alteración en el examen físico, actúe según la TABLA DE CONDUCTAS al final del capítulo.	x	x	x
III. Determinación del riesgo preconcepcional por exámenes complementarios.	I	II	III
7. Si la paciente tiene factores de riesgo o enfermedades concomitantes o crónicas se debe realizar según impresión diagnóstica: • Biometría hemática – hemoglobina/hematocrito • Tipificación y factor Rh • Pruebas de coagulación • Glucosa • VDRL • Prueba de VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado a todas las mujeres y sus parejas). • Pruebas serológicas para: TORCH (IgG-M para toxoplasmosis, rubéola, herpes y citomegalovirus).	x	x	x
8. No espere los resultados para asesorar sobre anticoncepción temporal, mientras se determina su riesgo actual.	x	x	x
ASESORÍA SEGÚN EL RIESGO DETECTADO	I	II	III
9. Si no existen riesgos pre-concepcionales, felicite a la mujer (y a su pareja o acompañante) por cuidar de su salud sexual y salud reproductiva y la decisión de planificar un futuro embarazo en un momento oportuno y saludable. • Oriente la toma de ácido fólico 1mg vía oral hasta la consecución del embarazo. • Oriente sobre esquema dietético nutricional para lograr un peso óptimo pre embarazo (IMC 18-24), (ver guía de alimentación para la mujer embarazada del Ministerio de Salud Pública). • Oriente sobre actividad física a realizar. (ver Guía de alimentación para la mujer embarazada del Ministerio de Salud Pública). • Oriente sobre hábitos saludables pre embarazo (ver Guía de alimentación para la mujer embarazada del Ministerio de Salud Pública.)	x	x	x

10. Si se sospecha o existe algún riesgo que puede perjudicar los resultados perinatales establezca un plan de manejo multi e interdisciplinario según el caso:

- Trate a la paciente según la conducta estándar de dicha patología o refiera de manera oportuna al nivel de resolución superior, envíe a su paciente con la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con los exámenes disponibles.
- Asesore y asegúrese de que la mujer use un método anticonceptivo temporal y seguro mientras se estabiliza o superan los riesgos pre concepcionales.
- Determine el riesgo preconcepcional y promocióne acciones educativas y saludables según el siguiente esquema:

Determinación de IMC y Consejo Nutricional

- Calcule el Índice de Masa Corporal según fórmula.
- Ubique el riesgo según clasificación:

PESO	IMC = Peso (Kg)/Talla ² (m ²).
Peso Bajo	< 20
Peso Normal	20 a 25
Sobrepeso	25 a 30
Obesidad	> 30

- Considere la necesidad de intervención de nutricionista si el IMC es anormal.

Suplementación periconcepcional con folatos para prevención de defectos del tubo neural (DTN) y otras alteraciones congénitas:

MUJER CON ALTO RIESGO DE HIJO/A CON DTN
Factores conocidos como: anticonvulsivantes, diabetes insulino dependiente, IMC > 35 o < 20, hijo-a con DTN previo, tabaco, alcohol, drogas.
Dieta con alta cantidad de folatos
Acido fólico 4 mg, mínimo tres meses preconcepción hasta las 12 semanas de embarazo.
Administre una tableta diaria de 5 mg que es la presentación disponible en el país.

x	x	x
x	x	x
x	x	x
x	x	x
x	x	x
x	x	x
x	x	x
x	x	x

• Promocione la no exposición a sustancias nocivas como: tabaco activo o pasivo, alcohol, drogas, agentes teratógenos farmacológicos y/o ambientales. • Promocione la práctica deportiva o de una actividad física permanente, así como un descanso apropiado. • Promocione la generación de un ambiente conyugal, familiar, social y laboral favorables. • Promocione las prácticas sexuales seguras, evitando factores de riesgo de ITS/VIH y SIDA.	x	x	x
11. Compruebe que la usuaria (y su pareja o acompañante) ha comprendido totalmente sus indicaciones de asesoría. Insista en resolver cualquier inquietud.	x	x	x
12. Programe una próxima cita según las necesidades y expectativas de la mujer/hombre.	x	x	x
13. Invítele a volver a consultar en cualquier momento antes de la cita programada si lo considera necesario.	x	x	x
14. Pregunte en las visitas programadas o no programadas si existe algún cambio en las necesidades de la usuaria o de la pareja: deseo de embarazo, de anticoncepción o si existen conductas de riesgo para adquirir ITS/VIH y SIDA.	x	x	x

**TABLA DE PATOLOGÍAS DE RIESGO PRECONCEPCIONAL
Y CONDUCTA A SEGUIR**

Patología o Sospecha	Riesgo Potencial o Real	Conducta General a Seguir
Edad > 35 o < de 19 años.	Anomalías cromosómicas Riesgo de tipo bio-psico-social.	Anticoncepción. Posibilidades de diagnóstico prenatal.
Exceso o déficit de peso. IMC < 20 o > 30.	Alteraciones del tubo neural, parto pretérmino, diabetes, parto por cesárea, trastornos hipertensivos y enfermedades tromboembólicas	Consejo nutricional. Diferir embarazo hasta alcanzar metas nutricionales.
Enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, antecedente de accidente cerebro vascular, dislipidemia.	Deterioro o complicaciones maternas, restricción de crecimiento fetal.	Evitar o diferir el embarazo hasta estabilización de la patología detectada y aplicar el tratamiento de especialidad.
Diabetes mellitus.	Malformaciones fetales, macrosomía	Estabilizar la diabetes previo a un embarazo. Determinar la necesidad de insulina
Hepatitis B. Ictericia o enfermedad hepática grave.	Transmisión vertical madre/hijo-a en mujeres con parejas sexuales múltiples, VIH positivo, hemodiálisis o transfusión de hemoderivados, drogas IV.	Vacunación de hombres y mujeres, especialmente aquellos/as que podrían estar en mayor riesgo. Esto conlleva a eliminar el riesgo de la transmisión al feto y de las secuelas posteriores.
Hipotiroidismo	Desarrollo neurológico fetal anormal	Levotiroxina. Regular la dosis durante el embarazo.
Tumores mamarias, genitales o extragenitales benignos o malignos.	Deterioro materno Restricción de crecimiento fetal Teratogenia farmacológica	Evitar o diferir el embarazo hasta estabilización y asesoría

ITS/VIH y SIDA	Transmisión vertical madre/hijo-a. Embarazo ectópico, infertilidad, dolor pélvico crónico. Complicaciones obstétricas: muerte fetal, discapacidades mentales y físicas como retardo mental y ceguera.	Detección y tratamiento oportunos. Estabilizar la enfermedad con tratamiento antirretroviral. Evitar la transmisión vertical
Medicamentos: isotretinoína, anticonvulsivantes (ácido valproico), anticoagulantes orales	Teratogenia. Restricción de crecimiento fetal Síndromes asociados	Cambio obligatorio de terapéutica previo a un embarazo acorde con manejo de especialidad.
Exposición a tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.	Efectos teratogénicos. Restricción de crecimiento intrauterino Síndromes asociados.	Suspensión del tóxico acorde con manejo multidisciplinario de especialidad. Diferir embarazo si no es posible cese de exposición.
Fenilcetonuria.	Baja prevalencia en Ecuador. Desarrollo neurológico fetal anormal	Dieta baja en fenilalanina que contenga: carne, pescado, huevos, productos lácteos, dulces, aspartato.



TODA PAREJA CON PROCESOS DE INFERTILIDAD DEBE RECIBIR ASESORÍA BÁSICA EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL CASO.

EL MANEJO Y TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA INFERTILIDAD DEBE SER REALIZADO EN EL NIVEL DE MÁXIMA RESOLUCIÓN.

SE RECOMIENDA QUE LA ASESORÍA EN INFERTILIDAD SE REALICE SOLO DESPUÉS DE UN AÑO DE QUE LA PAREJA HA BUSCADO UN EMBARAZO SIN CONSEGUIRLO

LA ASESORÍA EN INFERTILIDAD DEBE SER OFERTADA CON EL OBJETO DE IDENTIFICAR PATOLOGÍAS EXISTENTES O RIESGOS POTENCIALES QUE DEBEN SER CORREGIDOS EN LA PAREJA Y SON CAUSA DE INFERTILIDAD



Definiciones

Asesoría en infertilidad

La asesoría en infertilidad debe ser ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales de tipo conductual, social y biomédico que pueden ser corregidos o modificados y que sean las causas de subfertilidad o infertilidad

Pareja infértil

Se la considera infértil si después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva no ha conseguido tener un embarazo. Habitualmente la gran mayoría de parejas consiguen en embarazo antes del año de relaciones sexuales. Las pérdidas gestacionales también son consideradas como una forma de infertilidad.

Infertilidad primaria

Se considera infertilidad primaria cuando no existe el antecedente de embarazo.

Infertilidad secundaria

Se llama infertilidad secundaria a la incapacidad de concepción luego de haber tenido ya un antecedente gestacional.

CÓDIGO

Z31
Z31-6
Z31-8
Z36

CODIFICACIÓN CIE 10

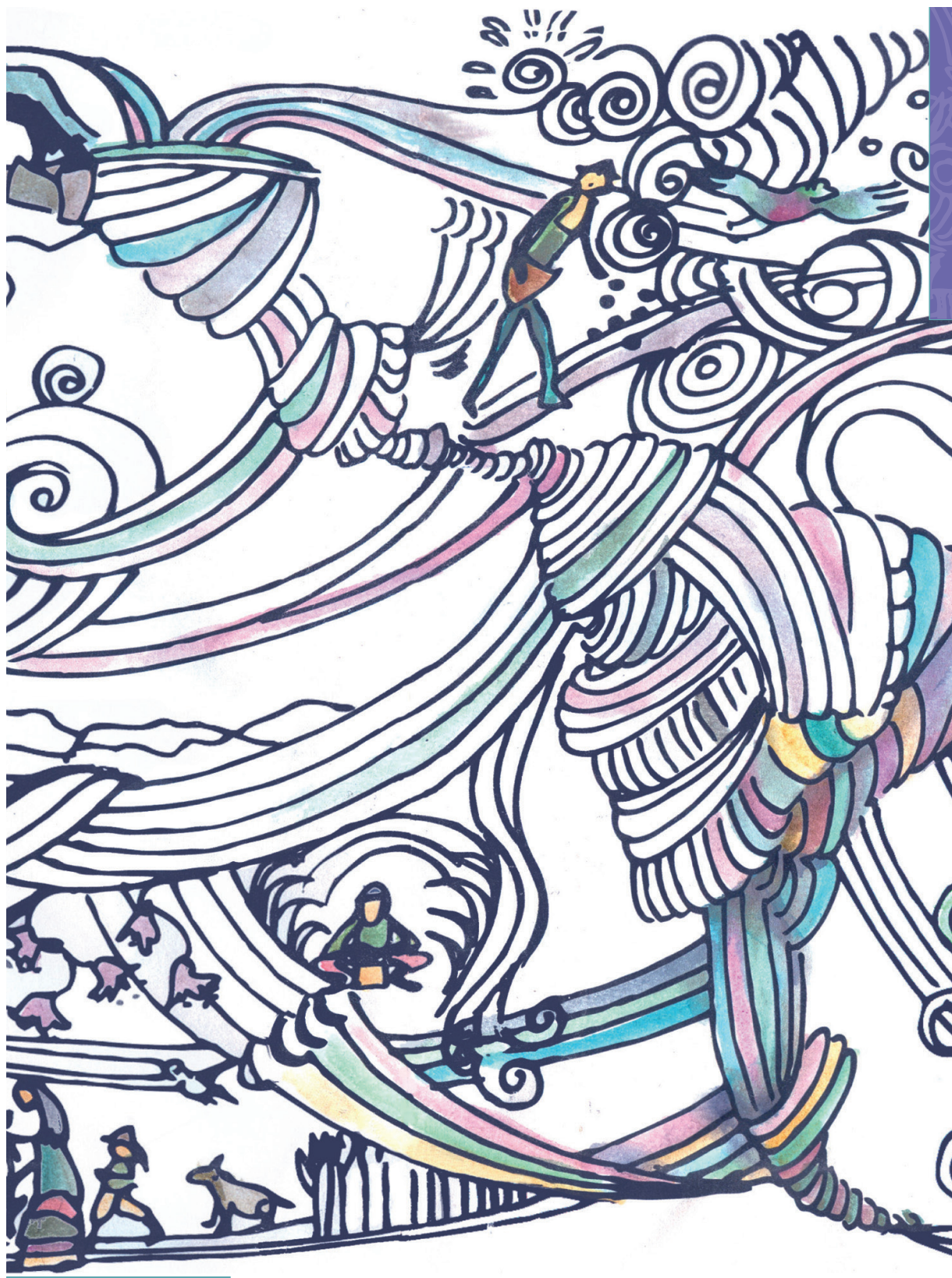
Atención para la procreación
Consejo y asesoramiento general sobre la procreación
Otra atención especificada para la procreación
Investigaciones prenatales

ASESORÍA Y PROTOCOLO EN INFERTILIDAD.
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

ASESORÍA	NIVEL		
	I	II	III
1. Aplique las 4 acciones básicas en Planificación Familiar. • Crear un ambiente de CONFIANZA. • Garantice absoluta CONFIDENCIALIDAD. • Trate a la usuaria (y a su pareja) en forma INDIVIDUALIZADA. • Interactúe con la usuaria/o para que determine con LIBERTAD la situación, requerimientos y preocupaciones sobre su necesidad de planificación familiar.	x	x	x
2. Adapte la información de forma personalizada de acuerdo a las características de la usuaria/o: edad, paridad, deseo de embarazo, condiciones sociales, económicas, culturales, religiosas, emocionales, capacidades especiales, riesgo y prevención de ITS, violencia de género e intrafamiliar.	x	x	x
PROTOCOLO			
Determinación del antecedente o sospecha de factores de riesgo causantes de infertilidad por anamnesis, según cuadro de riesgo pág. 32.	I	II	III
3. Realice anamnesis completa, recalcando el interrogatorio de identificación de factores de riesgo: edad, antecedentes médicos de enfermedades agudas y crónicas, antecedentes reproductivos, antecedentes familiares, factores psicosociales.	x	x	x
4. ASEGURESE QUE EXISTE INDICACIÓN PARA ASESORÍA EN INFERTILIDAD: • Toda pareja que no han conseguido concebir luego de un año o más de relaciones sexuales en los días apropiados y sin anticoncepción. • Hombres con antecedentes o sospecha de una mala calidad de espermatozoides. • Mujeres mayores de 35 años con deseo de concepción. • Mujeres con períodos irregulares o infrecuentes. • Mujeres con historia de infección pélvica. Las ITS son la principal causa de infertilidad, su prevención es fundamental para reducir los casos de infertilidad. • Mujeres con sospecha o historia de endometriosis • Mujeres con pérdidas subsecuentes de embarazo (2 o más) • Parejas con menos de 12 meses de relaciones sexuales sin anticoncepción deben ser asesoradas preconcepcionalmente acerca del período más fértil de la mujer. Utilice la información de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para identificar dicho período	x	x	x

5. Descarte la existencia de factores de riesgo relacionados a infertilidad que pueden depender de factor masculino y/o factor femenino, según tabla.		x	x	x
RIESGO	PATOLOGÍA ASOCIADA			
Edad	- Disfunción ovárica - Disfunción espermática - Patologías sistémicas, endócrinas o genitales asociadas.			
Factor masculino	- Anormalidades congénitas - Varicocele - Disfunción sexual y/o eyaculatoria - Causas endócrinas - Causas sistémicas - Causa inmunológica - Causas yatrogénicas - Azoospermia obstructiva y no obstructiva - Daño testicular adquirido - Criptorquídea uni o bilateral hasta la pubertad. - Oligozoospermia y teratozoospermia idiopáticas - Anormalidades aisladas del plasma seminal			
Factor tubo-peritoneal	- ITS/VIH y SIDA - Adherencias tubo peritoneales - Endometriosis - Distorsión / bloqueo de las trompas uterinas por cicatrices de origen infeccioso (EPI por gonococo, chlamydia, mycoplasma)			
Factor endócrino-ovárico	- Disfunción hipotalámica - Disfunción hipofisaria - Disfunción tiroidea - Síndrome de ovario poliquístico - Deficiencia de fase lútea - Falla ovárica prematura - Hiperandrogenismo			
Factor uterino	- Alteración primaria o secundaria del endometrio - Problemas anatómicos (pólipos, fibromas, malformaciones uterinas) - Adherencias o sinequias intrauterinas post infección o post intervención obstétrica.			
Factor cervical	- Estenosis o alteraciones del canal cervical - Moco cervical inadecuado - Infecciones del cérvix (chlamydia, gonorrea, tricomonas, mycoplasma, HPV)			
Idiopáticas	Causa no demostrable			

Determinación de factores de riesgo causantes de infertilidad por examen físico.		I	II	III
6.	Realice un examen físico general que incluya: • Peso. • Talla. • Cálculo de Índice de Masa Corporal. $IMC = \text{Peso (Kg)}/\text{Talla}^2 (\text{m}^2)$. • Tensión arterial. • Pulso. • Examen general por aparatos y sistemas. • Exploración mamaria (incentivar al auto examen de mamas). • Exploración genital (toma de citología cérvico vaginal si corresponde).	x	x	x
7.	Si se sospecha o confirma que la usuaria presenta cualquiera de las condiciones mencionadas previamente proceda a la solicitud de exámenes confirmatorios.	x	x	x
Determinación – confirmación de factores de riesgo causantes de infertilidad por exámenes complementarios		I	II	III
8.	Si la paciente tiene factores de riesgo o enfermedades concomitantes o crónicas se debe comunicar la necesidad de realizar exámenes de imagen, laboratorio, hormonales y/o marcadores bioquímicos acordes con la patología sospechada.	x	x	x
9.	Acorde al nivel operativo, comunique a la usuaria (y su pareja o acompañante) la sospecha de la causa de infertilidad y disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal de especialidad; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable.	x	x	x



IV *Atención en Anticoncepción*

Normativa para la atención en Anticoncepción

ANTES DE LA ASESORÍA, DESCARTE RAZONABLEMENTE QUE LA MUJER NO ESTE EMBARAZADA USANDO LA LISTA DE VERIFICACIÓN.

UNA ASESORÍA ADECUADA SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DEBE CONducIR A UNA DECISIÓN INFORMADA DE ANTICONCEPCIÓN SEGURA.

TODOS LOS NIVELES SON ENCARGADOS DE ASESORAR Y SUMINISTRAR ANTICONCEPTIVOS.

LA ASESORÍA EN LA ANTICONCEPCIÓN LA REALIZARÁ TODO PERSONAL CON CAPACITACIÓN BÁSICA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

LA USUARIA HOSPITALIZADA PREVIA AL ALTA DE LA UNIDAD OPERATIVA (POR ABORTO, EMBARAZO ECTÓPICO, PÉRDIDA GESTACIONAL O PARTO/CESÁREA) DEBE HABER INICIADO O DECIDIDO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

NO DIFIERA LA UTILIZACIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE MANERA INNECESARIA.

SE DEBE ADAPTAR LA INFORMACIÓN DE FORMA PERSONALIZADA DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LA USUARIA/O: EDAD, PARIDAD, DESEO DE EMBARAZO, CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS, CULTURALES, RELIGIOSAS, EMOCIONALES, CAPACIDADES ESPECIALES, RIESGO Y PREVENCIÓN DE ITS, VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR, PARA GARANTIZAR LA ACEPTACIÓN Y CONTINUIDAD DEL MÉTODO ESCOGIDO.

Definiciones

Asesoría en anticoncepción

Consiste en brindar con calidad y respeto todas las herramientas necesarias para que la usuaria/o pueda elegir el método anticonceptivo más apropiado. Representa una estrategia fundamental que requiere del proveedor una adecuada capacitación para lograr una anticoncepción eficaz y duradera.

Momentos de la asesoría en anticoncepción

Es mandatorio asesorar a la usuaria (y su pareja o acompañante) en planificación familiar en todas las siguientes circunstancias:

- Durante la consulta ginecológica.
- Durante la hospitalización por un aborto, embarazo ectópico, pérdida gestacional y parto o cesárea.
- Durante la consulta preconcepcional.
- Durante el control prenatal.
- Durante una consulta no relacionada a la ginecología y obstetricia (Pediatría, Atención amigable y diferenciada de Adolescentes, Odontología, Trabajo Social, Psicología, etc.).

CÓDIGO

Z30
Z30-4

CODIFICACIÓN CIE 10

Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

ASESORÍA Y PROTOCOLO GENERAL EN ANTICONCEPCIÓN.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

ASESORÍA		NIVEL		
		I	II	III
1.	Aplique las 4 acciones básicas en Planificación Familiar. • Crear un ambiente de CONFIANZA. • Garantice absoluta CONFIDENCIALIDAD. • Trate a la usuaria (y a su pareja) en forma INDIVIDUALIZADA. • Interactue con la usuaria/o para que determine con LIBERTAD la situación, requerimientos y preocupaciones sobre su necesidad de planificación familiar.	x	x	x
2.	Brinde información completa para una adecuada decisión del momento oportuno para un embarazo.	x	x	x
3.	Brinde información completa para una adecuada elección del método.	x	x	x
4.	Interactúe con la usuaria/o para que determine libremente su situación, requerimientos y preocupaciones sobre su necesidad de anticoncepción.	x	x	x
PROTOCOLO				
5.	Realice una breve anamnesis con énfasis en antecedentes o factores de salud sexual y salud reproductiva que puedan influir en la decisión o pertinencia de cualquiera de los métodos: antecedentes personales, riesgo de ITS, fecha de la última menstruación normal.	x	x	x
6.	Personalice las necesidades específicas de la usuaria/o (y su pareja) según los CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS si presenta cualquiera de las siguientes condiciones: Edad > 35 o < de 19 años. Exceso o déficit de peso. IMC < 20 o > 30. Enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, antecedente de accidente cerebro vascular, dislipidemia. Diabetes mellitus. Hepatitis B o C. Ictericia o enfermedad hepática grave. Hipotiroidismo. Pérdida habitual o recurrente de la gestación. Defectos congénitos o de tubo neural previos. Tumores mamarias, genitales o extragenitales benignos o malignos. ITS/VIH y SIDA. Medicamentos: isotretinoína, anticonvulsivantes (ácido valproico) o anticoagulantes orales. Exposición a tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Fenilcetonuria.	x	x	x

7.	SI LA USUARIA/O TIENEN FACTORES DE RIESGO VERIFIQUE LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA MAS SEGURA EN LA LISTA DE CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS QUE SE ENCUENTRA EN ANEXOS	x	x	x
8.	Aunque no es necesario la evaluación física ni genital, no desaproveche la oportunidad de registrar tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	x	x	x
9.	Atienda a la usuaria aunque no esté menstruando, no es un requisito para el inicio de un método anticonceptivo.	x	x	x
10.	NO es necesario realizar exámenes de laboratorio. No niegue ni demore la asesoría o el suministro de anticonceptivos por no disponer de exámenes.	x	x	x
11.	Si la paciente tiene factores de riesgo o enfermedades concomitantes o crónicas se debe individualizar cada caso.	x	x	x
12.	COMUNIQUE LA EXISTENCIA DE TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN LA UNIDAD OPERATIVA, Y REFUERCE LA EXPLICACIÓN DE LOS MÁS APROPIADOS PARA SU SITUACIÓN PARTICULAR: • Según las características de riesgo bio-psico-social de la usuaria/o (y su pareja). • Según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. • Según las preferencias que muestren previamente o durante la asesoría. • Utilice ayudas gráficas, muestras de anticonceptivos, folletos o impresiones para la explicación.	x	x	x
13.	Elección del método más apropiado : • La usuaria/o es quien debe realizar una elección basada en la información adecuada y completa que se le brinde. • Cuando se utiliza el método que la usuaria prefiere, la anticoncepción es más duradera y efectiva. • Respete y apoye la elección informada de la usuaria/o. • La usuaria/o puede tomar en cuenta la opinión de su pareja y otras personas, pero nadie puede decidir por la usuaria/o, ni su pareja, ni otro miembro de la familia, ni líder de la comunidad o proveedor de salud. La decisión debe ser libre y voluntaria sin ser sometida a presión de ningún tipo.	x	x	x

Asesore en la elección informada del método anticonceptivo elegido por la usuaria/o.	I	II	III
14. Recuerde las características del método escogido: • Tipo de método • Mencione la eficacia. • Refuerce las ventajas. • Asegure el entendimiento de las desventajas. • El entendimiento de los efectos colaterales y complicaciones. • Posibilidad de falla del método • Permanencia del método • Posibilidad de reversión o cambio del método • Riesgo y prevención de ITS/VIH y SIDA.	x	x	x
15. Explique el uso del método anticonceptivo elegido por la usuaria/o con todos los detalles en cuanto al inicio del método. (Ver protocolos específicos de cada método anticonceptivo).	x	x	x
16. Insista en resolver inquietudes que puedan atentar contra el buen uso del método escogido.	x	x	x
17. Compruebe que la usuaria/o (y su pareja) ha comprendido las indicaciones sobre el uso del método anticonceptivo escogido.	x	x	x
18. Suministre el método. No difiera su entrega hasta que menstrúe o por otras causas.	x	x	x
Proyecte las atenciones futuras	I	II	III
19. Si durante la asesoría se detecta algún riesgo, establezca un plan de manejo multi e interdisciplinario según el caso: • Asesoría y ayuda sobre problemas sexuales particulares. • Asesore acerca ITS/VIH y SIDA y despistaje de cáncer mamario y genital femenino.	x	x	x
20. Programe la próxima visita de seguimiento de acuerdo con la usuaria/o en la fecha y hora en la que debe regresar.	x	x	x
21. Invítele a volver a consultar en cualquier momento antes de la cita programada si lo considera necesario.	x	x	x
Durante la visita subsecuente:	I	II	III
22. Pregunte si existe satisfacción, duda, dificultad, efecto secundario o problema de salud con el método que escogió libre e informadamente.	x	x	x
23. Pregunte si existe algún cambio en las necesidades de la usuaria: deseo de embarazo o riesgo de adquirir ITS/VIH y SIDA.	x	x	x



Asesoría en Adolescentes

ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN PARA ADOLESCENTES.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

ASESORÍA	I	II	III
1. Brinde prioridad de atención a los/las adolescentes, su disponibilidad de horario y la incompatibilidad con el horario de la unidad de salud puede dificultar o impedir su acceso efectivo a la anticoncepción y sus ventajas.	x	x	x
2. Evite tener una actitud paternalista, crítica u hostil; el/la adolescente requiere confiar en usted para resolver sus necesidades y deseo actuales.	x	x	x
3. Brinde una asesoría en un lugar privado, fomente la reserva y asegure una mayor confidencialidad y dedicación.	x	x	x
4. La asesoría en usuarias jóvenes o menores de edad NO requiere que sus padres o tutores otorguen el consentimiento para recibir la información sobre métodos anticonceptivos.	x	x	x
5. Si la o el usuario/a adolescente lo desea se debe garantizar la presencia y participación de la pareja en la asesoría. En lo posible fomente la participación de ambos en este proceso. La participación de la pareja se convierte en un factor determinante a la hora de prevenir ITS/VIH y SIDA y escoger y utilizar un método anticonceptivo para prevenir embarazos no planificados.	x	x	x
6. Demuestre que disfruta el trabajar con adolescentes.	x	x	x
7. Brinde un servicio con calidez, use lenguaje sencillo, evite términos médicos complicados.	x	x	x
8. Tómese el tiempo necesario para investigar si existe un proyecto de vida claro en las/los adolescentes.	x	x	x
9. Tómese el tiempo necesario para realizar una explicación clara, aclarar dudas y mitos sobre los anticonceptivos, relaciones sexuales, desarrollo sexual e infecciones de transmisión sexual.	x	x	x
10. Es muy importante evaluar el riesgo de ITS/VIH y SIDA y aplicar las estrategias para reducirlo.	x	x	x
11. Trabaje en equipo multi e interdisciplinario integrado por médicos, enfermeros/as, obstetras, odontólogos/as, nutricionistas, educadores, psicólogos, trabajadoras sociales.	x	x	x
12. Prefiera métodos anticonceptivos de fácil uso y con menos efectos secundarios en lo posible. Asesore detenidamente acerca de los motivos reales de discontinuación del método por estos efectos no deseados.	x	x	x
13. Se deben preferir métodos anticonceptivos discretos, eficaces y a largo plazo.	x	x	x
14. Si detecta riesgos de ITS/VIH y SIDA recomiende SIEMPRE el uso del condón masculino o femenino.	x	x	x
15. Explique la opción de Anticoncepción de Emergencia, ya que adolescentes y jóvenes no la solicitarán si no la conocen. (Ver protocolo)	x	x	x
16. La elección del método debe ser voluntaria y basada en una adecuada asesoría	x	x	x
17. Invítele a volver a consultar en cualquier momento antes de la cita programada si lo considera necesario.	x	x	x
18. Felicite a la paciente adolescente (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x



*Asesoría en mujeres próximas
a la menopausia*

ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES PRÓXIMAS A LA MENOPAUSIA
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

ASESORÍA	I	II	III
1. Habitualmente la mujer próxima a la menopausia no está demasiado motivada para un embarazo.	x	x	x
2. El apareamiento de enfermedades concomitantes o crónicas propias de la perimenopausia determina una revisión minuciosa de los criterios médicos de elegibilidad para ratificar la indicación y eliminar contraindicaciones.	x	x	x
3. Tómese el tiempo necesario para realizar una anamnesis médica y social que permita averiguar sus relaciones de pareja y las expectativas en la esfera de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.	x	x	x
4. Tómese el tiempo necesario para realizar una explicación clara, aclarar dudas y mitos sobre los anticonceptivos, las relaciones sexuales en la perimenopausia, apareamiento de dispareunia e infecciones urinarias o genitales.	x	x	x
5. Trabaje en equipo multi e interdisciplinario integrado por médicos, enfermeros/as, obstetras, odontólogos/as, nutricionistas, psicólogos, trabajadoras sociales.	x	x	x
6. Se deben asesorar sobre la preferencia de métodos anticonceptivos eficaces, a largo plazo y con poca interferencia en la relación sexual. Informe sobre los métodos anticonceptivos definitivos.	x	x	x
7. Si detecta riesgos de ITS/VIH y SIDA recomiende SIEMPRE el uso del condón masculino o femenino.	x	x	x
8. Es muy importante explicar el uso de Anticoncepción de Emergencia, ya que no lo solicitarán si lo desconocen. (Ver protocolo)	x	x	x
9. Recomendé el uso de un método de anticoncepción durante 12 meses seguidos luego de la última menstruación para asegurar la anticoncepción segura en este período.	x	x	x
10. Los métodos hormonales pueden hacer difícil saber si una mujer ha llegado a la menopausia. Hasta no confirmarla se debe motivar el uso de un método de barrera.	x	x	x
11. La elección del método debe ser voluntaria y basada en una adecuada asesoría	x	x	x
12. Invite a la usuaria-o a volver a consultar en cualquier momento antes de la cita programada si lo considera necesario.	x	x	x
13. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x



*Asesoría en personas
con discapacidades*

ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

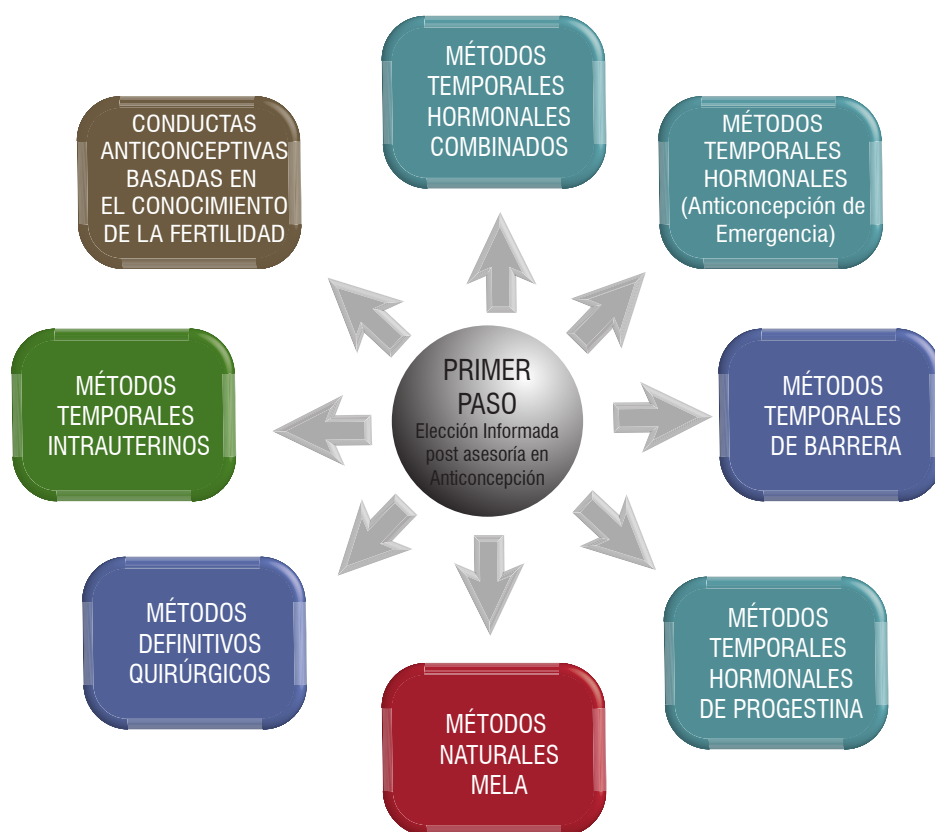
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

ASESORÍA	I	II	III
1. Brinde prioridad de atención, la ubicación geográfica y limitaciones arquitectónicas, más la disponibilidad de horario de los acompañantes y la incompatibilidad con el horario de la unidad de salud puede dificultar o impedir su acceso efectivo a la anticoncepción y sus ventajas.	x	x	x
2. Evite tener una actitud paternalista, crítica u hostil.	x	x	x
3. Brinde una asesoría en un lugar privado, fomente la reserva y asegure una mayor confidencialidad y dedicación.	x	x	x
4. La asesoría en usuarias/os con discapacidades NO requiere que sus padres o tutores otorguen el consentimiento para recibir la información sobre métodos anticonceptivos.	x	x	x
5. Si la usuaria/o con discapacidad lo desea se debe garantizar la presencia y participación de la pareja en la asesoría. En lo posible fomente la participación de ambos en este proceso. La participación de la pareja se convierte en un factor determinante a la hora de: prevenir ITS/VIH y SIDA y escoger y utilizar un método anticonceptivo para prevenir embarazos no planificados.	x	x	x
6. Brinde un servicio con calidez, use lenguaje sencillo, evite términos médicos complicados.	x	x	x
7. Tómese el tiempo necesario para realizar una explicación clara, aclarar dudas y mitos sobre los anticonceptivos, relaciones sexuales, desarrollo sexual e infecciones de transmisión sexual.	x	x	x
8. Es muy importante evaluar el riesgo de ITS/VIH y SIDA y aplicar las estrategias para reducirlo.	x	x	x
9. Trabaje en equipo multi e interdisciplinario integrado por médicos, enfermeros/as, obstetrices, odontólogos/as, nutricionistas, educadores, psicólogos, trabajadoras sociales, neurólogos, fisioterapeutas y rehabilitadores.	x	x	x

10. La elección del método debe ser voluntaria y basada en una adecuada asesoría tomando en cuenta las situaciones clínicas relacionadas con las diversas discapacidades • Calidad de la circulación (especialmente de las extremidades). • Trastornos de la coagulación. • Grado de sensibilidad. • Destreza manual. • Interacciones farmacológicas con medicamentos crónicos. • Problemas con la higiene genital.	X	X	X
11. Revise cuidadosamente la lista de los CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS según los trastornos médicos específicos que se presenten.	X	X	X
12. Prefiera métodos anticonceptivos de fácil uso y con menos efectos secundarios en lo posible. Asesore detenidamente acerca de los motivos reales de discontinuación del método por estos efectos no deseados.	X	X	X
13. Se deben preferir métodos anticonceptivos discretos, eficaces y a largo plazo.	X	X	X
14. Explique la opción de Anticoncepción de Emergencia, ya que no la solicitarán si no la conocen. (Ver protocolo)	X	X	X
15. La elección del método debe ser voluntaria y basada en una adecuada asesoría	X	X	X
16. Invítele a volver a consultar en cualquier momento antes de la cita programada si lo considera necesario.	X	X	X
17. Felicite a la paciente (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	X	X	X

Protocolos para el uso de Métodos Anticonceptivos

Recuerde que el **primer paso** del proceso de planificación familiar es la **asesoría** y la entrega de información veraz y en el marco de la mejor evidencia científica disponible.



Métodos Anticonceptivos

Métodos Temporales Hormonales

Anticonceptivos combinados

Anticoncepción oral combinada

Métodos anticonceptivos que consisten en la toma de una tableta diaria que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno.

ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO
Etinil estradiol < 35 mcg	Levonorgestrel
	Gestodeno
	Desogestrel
	Ciproterona
	Drospirenona
	Acetato de clormadinona

Anticoncepción inyectable combinada

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de una inyección mensual que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno.

ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO
Valerato de estradiol 5mg	Enantato de Noretisterona 50 mg
Enantato de estradiol 10 mg	Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg

Anticoncepción transdérmica

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de un parche que contiene dos hormonas: un progestágeno y un estrógeno.

ESTRÓGENO	PROGESTÁGENO
Etinil estradiol 600 mcg Liberación diaria: 20 mcg	Norelgestromina (NGMN) 6 mg Liberación diaria: 150 mcg

CÓDIGO

CODIFICACIÓN CIE 10

Z30

Atención para la anticoncepción

Z30-0

Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción

Z30-4

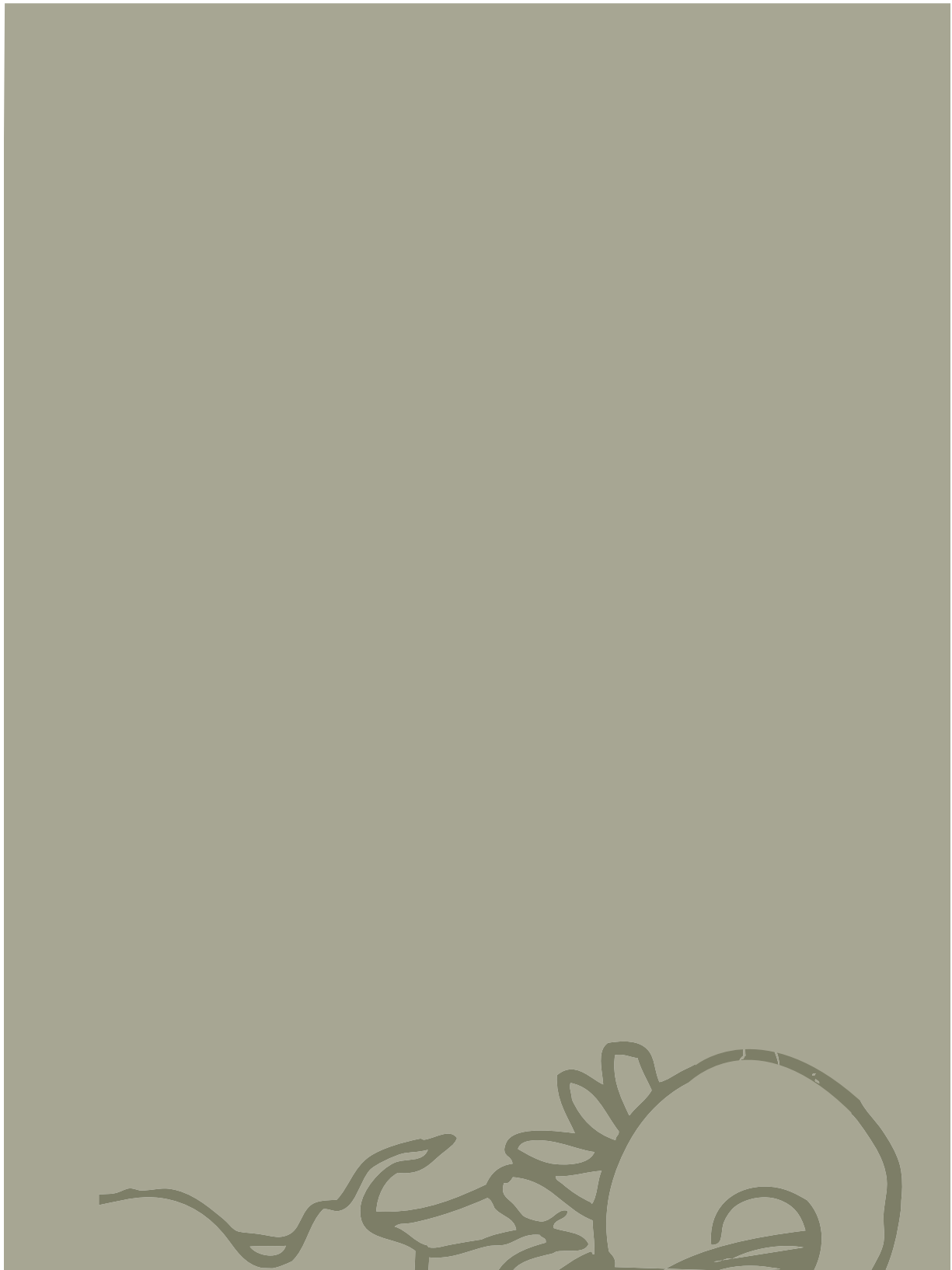
Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

PROTOCOLO DE MANEJO PARA ANTICONCEPCIÓN COMBINADA.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer prefiere el uso de Anticonceptivos Combinados, verifique nuevamente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
2. INDICACIONES: - Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años. - Mujeres que han tenido hijos o no. - Mujeres con o sin pareja estable. - Mujeres que han tenido abortos o embarazos ectópicos. - Mujeres que fuman y son menores de 35 años. - Mujeres que tengan o con antecedentes de anemia. - Mujeres que padezcan de depresión. - Mujeres con várices. - Mujeres que viven con VIH y SIDA, estén o no con terapia antirretroviral (más uso de condón). - Mujeres con ITS o EPI. - Mujeres con hiper e hipotiroidismo. - Mujeres con diabetes sin compromiso vascular, renal, visual o neurológico. - Mujeres con cefaleas leves. - Mujeres con patrón menstrual irregular, menorragia o hipermenorrea. - Mujeres con quistes o tumores benignos del ovario o del seno. - Mujeres con lactancia parcial luego de 6 semanas posparto. - Mujeres con lactancia exclusiva luego de 6 meses posparto. - Mujeres sin lactancia 3 semanas posparto. - Mujeres con endometriosis o miomatosis u ovario poliquístico.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: - Embarazo. - Mujeres con lactancia parcial y menos de 6 semanas posparto. - Mujeres con lactancia exclusiva y menos de 6 meses posparto. - Mujeres sin lactancia y menos de 3 semanas posparto. - Sangrado vaginal de etiología desconocida. - Mujeres fumadoras mayores de 35 años - Mujeres con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad actual cardiovascular.	x	x	x

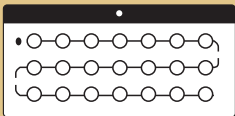
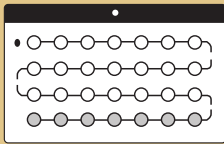
• Hiperlipidemias graves o con otros factores de riesgo asociados • Cáncer mamario, genital o hepático. • Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos. • Tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato. • Cefalea migrañosa sin aura en mayores de 35 años y con aura a cualquier edad. • Usuarías con cirugía mayor con inmovilización prolongada (1 semana o más).	x	x	x
4. Si la usuaria elige de manera informada el Anticonceptivo Combinado, y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
5. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS: • Evitan la ovulación. • Aumentan la consistencia del moco cervical. • Produce cambios en el endometrio. • Reduce el transporte de los espermatozoides a nivel de las trompas de falopio	x	x	x
6. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS: • Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas. • Previene el embarazo no planificado eficazmente. • Es un método muy seguro, conveniente y eficaz. • Cómodos, puede usarse a largo plazo. • No interfiere con las relaciones sexuales. • No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación. • No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado. • Brinda protección contra: • Embarazo ectópico • Cáncer de endometrio • Cáncer de ovario • Enfermedad pélvica inflamatoria • Quistes ováricos • Anemia por deficiencia de hierro • Reduce: • Dismenorrea - cólico menstrual. • Alteraciones del patrón de sangrado menstrual. • Dolor de ovulación. • Vello excesivo en rostro o cuerpo. • Síntomas de síndrome de ovario poliquístico. • Síntomas de endometriosis.	x	x	x
7. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DE LA ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS: • NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del Anticonceptivo Combinado, si existe riesgo). • Puede tener efectos secundarios: cambios en los patrones de sangrado, cefalea, mareo, náusea, dolor mamario. • No se recomienda en mujeres en período de lactancia. • Dependen de la toma o administración correcta para mantener su elevada eficacia. El olvido o toma incorrecta disminuye la eficacia.	x	x	x





*Anticonceptivos orales
combinados (AOC)*

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

INICIO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO		I	II	III
1.	La usuaria puede iniciar la toma del anticonceptivo oral combinado dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.	x	x	x
2.	Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer: - Después de los 5 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual (aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo). Adicionar condón durante 7 días. - Inmediatamente del posaborto. - Inmediatamente del retiro de un DIU. - Inmediatamente de la administración de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas) - A los 21 días luego del posparto, si no está dando de lactar. - A las seis semanas luego del posparto, si la lactancia es parcial. - A los seis meses luego del pos parto, si la lactancia es exclusiva.	x	x	x
3.	Si la usuaria aún no menstrúa, puede comenzar cualquier día luego de descartar razonablemente el embarazo (Ver lista de verificación de ausencia de embarazo) e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.	x	x	x
4.	Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.	x	x	x
EXPLIQUE LA FORMA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO		I	II	III
5.	Muestre a la usuaria el paquete de tabletas que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse según sea de 21 o de 28 tabletas.	x	x	x
Paquete de 21 tabletas  - Tome una tableta diaria por 21 días. - A la misma hora. - Sin olvidos. - Sin interrupciones ni descansos. - Terminadas las tabletas, espere 7 días y reinicie un nuevo paquete al día siguiente. Paquete de 28 tabletas (21 activas/7 inactivas de otro color, o 24 activas/4 inactivas de otro color)  - Tome una tableta diaria por 28 días. - A la misma hora. - Sin olvidos. - Sin interrupciones ni descansos. - Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente.				

6.	Recalque a la usuaria que debe seguir el sistema de flechas impresas en la parte posterior del paquete de anticonceptivos orales combinados para mantener el orden adecuado.	x	x	x
7.	Recalque a la usuaria que la menstruación se presentará en los días en que no toma tabletas (paquetes de 21 tabletas) o en los días que toma las tabletas de otro color (paquetes de 28 tabletas).	x	x	x
8.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS: - Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos. - Indique que los efectos secundarios son leves y pueden o no incluir: náusea, cefalea, mareo, sensibilidad anormal de senos, cambios en el patrón de sangrado. - Indique que no son motivo para dejar de tomar las tabletas. - Recalque que son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método.	x	x	x
9.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE DISMINUYEN LA EFICACIA DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO Y SU MANEJO: VÓMITO Y/O DIARREA GRAVES POR MAS DE 24 HORAS: - Aconseje la toma de la tableta con las comidas o al acostarse en la noche. - Si la paciente vomita dentro de las dos horas siguientes a la toma de la tableta, debe tomar otra tableta activa lo antes posible y continúe normalmente con el resto de tabletas. - Si el vómito o diarrea persisten por 2 días o más, debe sugerirse el uso regular de condón mientras acude a una visita de seguimiento. - Podría usarse Anticoncepción de Emergencia si a tenido relaciones en los últimos 5 días.	x	x	x
10.	Recalque la importancia de la toma diaria de la tableta, a la misma hora y sin olvidos, pues esta es la principal causa de falla del método anticonceptivo.	x	x	x
11.	Explique el uso de anticoncepción de Emergencia en caso de olvido de las tabletas o retraso en el inicio de las mismas.	x	x	x

EN CASO DE OLVIDO EN LA TOMA DEL ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO	I	II	III
12. Olvido de 1 o 2 píldoras o inicio de un paquete nuevo 1 o 2 días tarde: Indique que tome una tableta activa lo antes posible y que tome normalmente la siguiente a la hora habitual. Es posible que tome dos tabletas simultáneamente en el mismo día.	x	x	x
13. Olvido de 3 o más píldoras en la primera/segunda semana de toma o si comenzó un nuevo paquete 3 o más días tarde: - Indique la toma de una tableta activa lo antes posible. - Uso de condón los próximos 7 días. - Sugiera el uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días. - Indique a la mujer que termine todas las tabletas activas de la tercera semana y que comience un nuevo paquete inmediatamente (si tiene 21 tabletas) o que descarte las 7 últimas tabletas (si tiene 28 tabletas) e inicie un nuevo paquete inmediatamente.	x	x	x
14. Si olvidó una tableta o más no activa (en el caso de paquetes de 28 tabletas): - Descarte la tableta/s no activa/s que olvidó tomar. - Indique que continúe tomando el paquete normalmente hasta terminarlo.	x	x	x
15. Recalque a la mujer que debe acudir inmediatamente a la unidad de salud si presenta dolor intenso y constante en abdomen, tórax o piernas; sangrado genital abundante, ictericia, cefalea severa, pérdida de visión con o sin cefalea.	x	x	x
16. Entregue un ciclo de anticonceptivo oral combinado en la primera consulta, y tres ciclos de tabletas por consultas subsecuentes.	x	x	x
17. Registre la elección del método y su entrega en la Historia Clínica.	x	x	x
18. Invite a la mujer (y a su pareja o acompañante) a retornar a la unidad de salud, en cualquier momento, si requiere refuerzo en la información o indicaciones suministradas. El segundo control debe realizarse al mes de la primera consulta y las visitas de seguimiento y/o entrega cada 3 meses, siempre antes de que se terminen los insumos entregados.	x	x	x

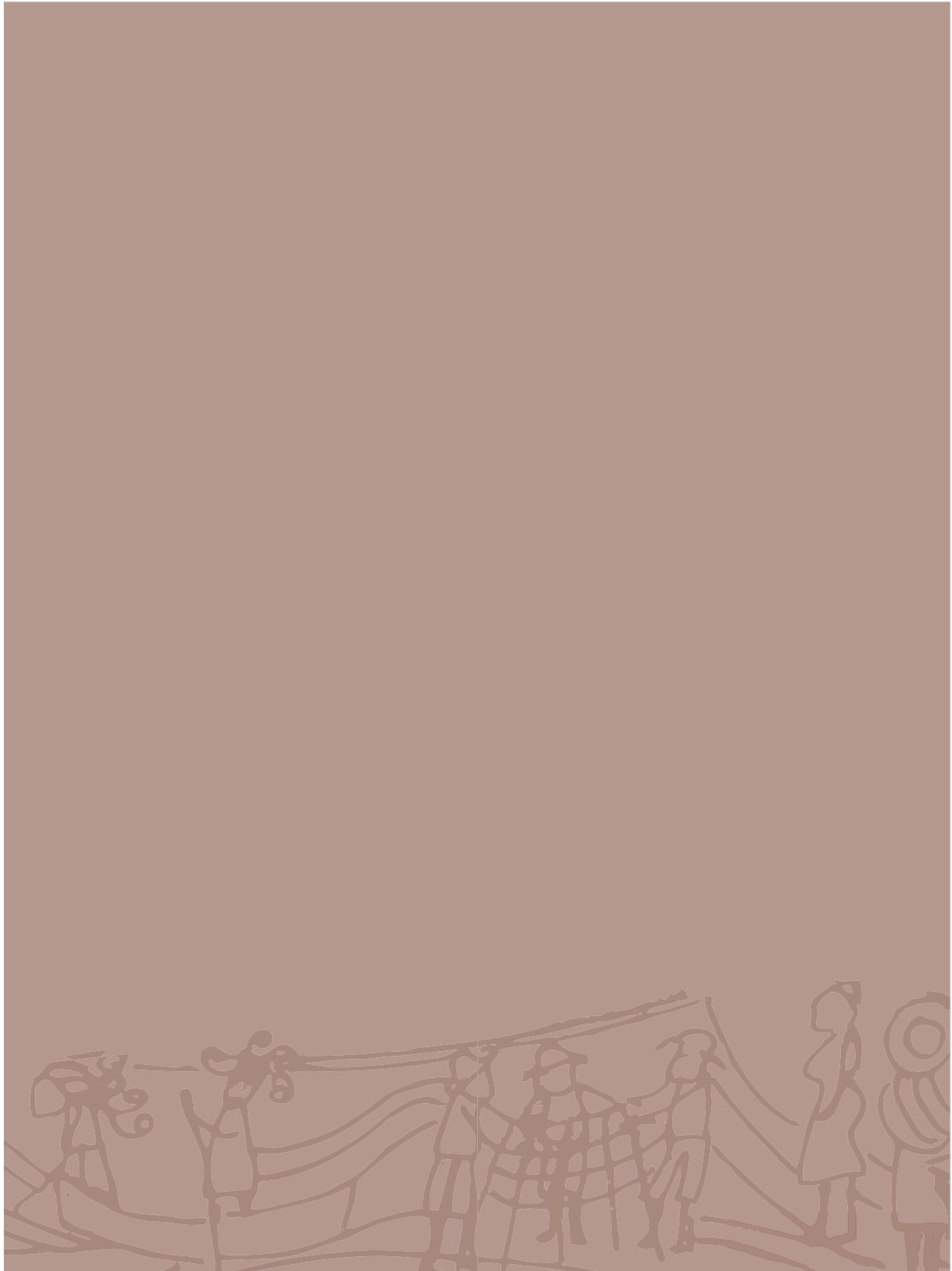


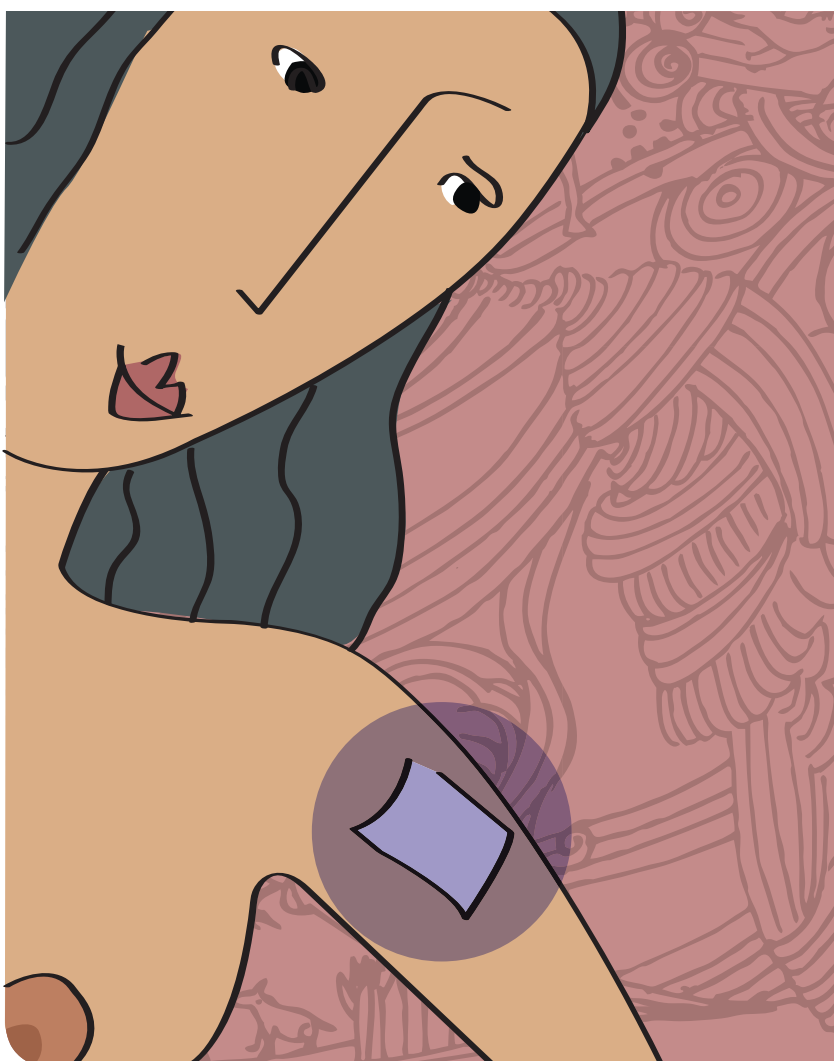
*Anticonceptivos inyectables
combinados (AIC)*

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS

INICIO DEL ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO		I	II	III				
1.	La usuaria puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable combinado idealmente el primer día de la menstruación.	x	x	x				
2.	Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté: - Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación. - Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual (aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo). Adicionar condón durante 7 días. - Inmediatamente del posaborto. - Inmediatamente del retiro de un DIU. - Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas) - A los 21 días luego del posparto, si no está en lactancia. - A las seis semanas luego del postparto, si la lactancia es parcial - A los seis meses luego del postparto, si la lactancia es exclusiva.	x	x	x				
3.	Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.	x	x	x				
EXPLIQUE LA FORMA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO INYECTABLE COMBINADO		I	II	III				
4.	Indique a la usuaria el anticonceptivo inyectable que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse según las opciones disponibles:	x	x	x				
<table><tr><td>Valerato de estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg</td><td>Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg</td></tr><tr><td> - Inyecte sólo la primera ocasión el primer día de la menstruación. - Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día de mes de la inyección inicial +/- 3 días - Sin olvidos. - Sin interrupciones, ni descansos. </td><td> - Inyecte dentro de los 7 primeros días de menstruación la primera ocasión y las subsecuentes. - Sin olvidos. - Sin interrupciones, ni descansos. - Debe estar más atenta pues las irregularidades menstruales pueden reducir la seguridad del método. </td></tr></table>		Valerato de estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg	Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg	- Inyecte sólo la primera ocasión el primer día de la menstruación. - Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día de mes de la inyección inicial +/- 3 días - Sin olvidos. - Sin interrupciones, ni descansos.	- Inyecte dentro de los 7 primeros días de menstruación la primera ocasión y las subsecuentes. - Sin olvidos. - Sin interrupciones, ni descansos. - Debe estar más atenta pues las irregularidades menstruales pueden reducir la seguridad del método.			
Valerato de estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg	Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg							
- Inyecte sólo la primera ocasión el primer día de la menstruación. - Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día de mes de la inyección inicial +/- 3 días - Sin olvidos. - Sin interrupciones, ni descansos.	- Inyecte dentro de los 7 primeros días de menstruación la primera ocasión y las subsecuentes. - Sin olvidos. - Sin interrupciones, ni descansos. - Debe estar más atenta pues las irregularidades menstruales pueden reducir la seguridad del método.							

5.	La presentación del inyectable mensual Valerato de estradiol 5mg + Enantato de Noretisterona 50 mg viene precargada para mayor facilidad y seguridad.	x	x	x
6.	La presentación del inyectable mensual Enantato de estradiol 10 mg + Acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg viene para preparar. Se requiere de jeringuilla y aguja descartables.	x	x	x
7.	Lave sus manos con agua y jabón	x	x	x
8.	Limpie el área a inyectar con solución antiséptica.	x	x	x
9.	Injecte intramuscular profundo en el cuadrante supero externo del músculo glúteo.	x	x	x
10.	NO masajee el área luego de la inyección intramuscular.	x	x	x
11.	Elimine de manera segura de acuerdo a normas de bioseguridad los implementos utilizados en la inyección.	x	x	x
12.	Invite a la mujer (y a su pareja) a retornar a la unidad de salud si necesita refuerzo en la información o indicaciones suministradas. Mencione que la no administración del inyectable puede facilitar un embarazo no planificado.	x	x	x
13.	Recalque a la mujer que debe acudir inmediatamente a la unidad de salud si presenta dolor intenso y constante en abdomen, tórax o piernas; ictericia, sangrado genital abundante, cefalea severa, pérdida de visión con o sin cefalea.	x	x	x
14.	Programe una siguiente cita para la nueva dosis, después de 4 semanas.	x	x	x
15.	Registre la elección del método y su entrega en la Historia Clínica.	x	x	x





Parche transdérmico

PARCHE TRANSDÉRMICO

INICIO DEL PARCHE TRANSDÉRMICO		I	II	III
1.	La usuaria puede iniciar la colocación del anticonceptivo transdérmico combinado idealmente el primer día de la menstruación.	x	x	x
2.	Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer: • Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de descartar embarazo actual (Ver la lista de verificación de ausencia de embarazo). Adicionar condón durante 7 días. • Inmediatamente del posaborto. • Inmediatamente del retiro de un DIU. • Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas) • A los 21 días luego del posparto, si la lactancia no está recomendada. • A las seis semanas luego del posparto, si la lactancia es parcial • A los seis meses luego del posparto, si la lactancia es exclusiva.	x	x	x
3.	Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.	x	x	x
EXPLIQUE LA FORMA DE USO DEL PARCHE		I	II	III
4.	Muestre a la usuaria el paquete de parches que se va a colocar y explique la forma en que tiene que utilizarse según la opción disponible.	x	x	x
5.	La presentación del parche transdérmico semanal, Etinil estradiol 600 mcg + Norelgestromina (NGMN) 6 mg, viene en grupos de 3 parches (uno para cada semana).	x	x	x
6.	Retire el parche de su empaque y despegue la capa posterior sin tocar la superficie adhesiva.	x	x	x

7. Coloque el parche en un lugar limpio y seco en cualquiera de los siguientes lugares: parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas. Evite la colocación en las mamas o su cercanía. 	x	x	x
8. Aplique la parte adhesiva del parche contra la piel durante 10 segundos.	x	x	x
9. Deslice el dedo a lo largo del borde para asegurar que el parche esté bien adherido.	x	x	x
10. El parche no se despegará incluso durante el trabajo, ejercicio, natación o baño.	x	x	x
CAMBIO DE PARCHES.	I	II	III
11. Debe aplicarse un nuevo parche cada semana por 3 semanas seguidas. Hágalo el mismo día siempre.	x	x	x
12. No se coloque el nuevo parche en el mismo lugar donde estaba el parche anterior.	x	x	x
13. Durante la cuarta semana no se coloque el parche y probablemente la menstruación se presente esa semana.	x	x	x
14. No deben pasar más de 7 días sin que use el parche	x	x	x
EN CASO DE OLVIDO DE LA APLICACIÓN DE LOS PARCHES:	I	II	III
15. Si olvidó la aplicación durante la primera semana: • Aplique un nuevo parche lo antes posible. • Registre este día de la semana como el NUEVO día de cambio de parche. • Utilice un método de respaldo (preservativo o abstinencia) los 7 primeros días. • Si el retraso fue con 3 o más días y tuvo relaciones sin protección adicional dentro de esos días, utilice Anticoncepción de Emergencia.	x	x	x

16. Si olvidó la aplicación durante la segunda o tercera semana: • Si el atraso es menor a las 48 horas, • aplique un nuevo parche cuanto antes, • no necesita un método de respaldo • Si el atraso es mayor a las 48 horas, • interrumpa el ciclo actual y comience uno nuevo de 3 parches aplicando un nuevo parche inmediatamente. • Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche • Use un método de respaldo los primeros 7 días.	x	x	x
17. En caso de olvido de retiro del parche (cuarta semana): • Retirar el parche • Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche • No necesita un método de respaldo	x	x	x
18. Mencione que la no administración correcta del parche disminuye la eficacia del mismo, con riesgo de un embarazo no planificado.	x	x	x
19. Recalque a la mujer que debe acudir inmediatamente a la unidad de salud si presenta dolor intenso y constante en abdomen, tórax o piernas; ictericia, sangrado genital abundante, cefalea severa, pérdida de visión con o sin cefalea.	x	x	x
20. Registre la elección del método en la Historia Clínica.	x	x	x
21. Invite a la mujer (y a su pareja o acompañante) a retornar a la unidad de salud, en cualquier momento, si requiere refuerzo en la información o indicaciones suministradas. El segundo control debe realizarse al mes de la primera consulta y las visitas de seguimiento y/o entrega cada 3 meses, siempre antes de que se terminen los insumos entregados.	x	x	x

Anticonceptivos Hormonales combinados

Manejo de las visitas subsecuentes y problemas asociados

PROTOCOLO VISITAS SUBSECUENTES		I	II	III
1.	Durante esta visita establezca si la mujer: • Está utilizando el método correctamente. • Presenta algún efecto secundario o problema con el método. • Presentó problemas de salud durante la administración del método. • Tiene inquietudes. • Requiere de un mayor suministro. • Está satisfecha con el método que eligió de manera informada. • Requiere de consulta para prevención de cáncer ginecológico y mamario.	x	x	x
2.	Resuelva cualquier situación que se presente, aclare cualquier duda o pregunta, suministre el número adecuado de insumos, refuerce su uso correcto.	x	x	x
3.	Recuerde a la mujer (y su pareja o acompañante) que el uso del método puede ser a largo plazo sin problemas futuros.	x	x	x
4.	Planifique el retorno de la mujer al mes de la primera prescripción, y luego cada 3 meses siempre antes de que se quede sin anticonceptivo.	x	x	x
5.	Felicite a la mujer (y a su pareja o acompañante) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x

PROTOCOLO PROBLEMAS ASOCIADOS		I	II	III
1.	Recuerde a la mujer (y su pareja o acompañante) que el uso del Anticonceptivo Combinado puede ser a largo plazo y que los efectos secundarios no deseados son pasajeros.	x	x	x
2.	NAÚSEA • Asesore a la mujer que es un efecto temporal. • Aconseje la toma de la tableta con las comidas o al acostarse en la noche.	x	x	x
3.	DOLOR DE CABEZA LEVE • Indique a la mujer que puede tomar acetaminofén 500 mg, o ibuprofeno 200 a 400 mg o aspirina 500 mg cada 6 horas. • Si la cefalea se presenta en el lapso libre de anticoncepción, aconseje continuar el uso.	x	x	x
4.	AMENORREA • Indique a la mujer que la ausencia o un mínimo goteo menstrual no es problema si ha usado de forma correcta su anticonceptivo. • Probables causas: • Falla en la toma o administración, olvidos o demoras. • Administración ininterrumpida de tabletas o parches (sin semana de descanso).	x	x	x
5.	GOTEO O SANGRADO IRREGULAR • Probables causas: • Falla en la toma o administración, olvidos o demoras. • Vómito o diarrea severos. • Interacción medicamentosa: rifampicina, anticonvulsivantes.	x	x	x
6.	Planifique el retorno de la mujer al mes de la primera prescripción, y luego cada 3 meses siempre antes de que se quede sin anticonceptivo.	x	x	x

Métodos Temporales Hormonales

Anticonceptivos que solo contienen Progestina

Anticoncepción oral que solo contiene progestina

Método anticonceptivo que consiste en la toma de una tableta diaria que contiene una sola hormona: un progestágeno:

- Levonorgestrel
- Desogestrel
- Linestrenol

Se las llama también minipíldora.

Anticoncepción inyectable a base de progestina sola

Método anticonceptivo que consiste en la inyección intramuscular glútea o deltoidea de una ampolla trimestral que contiene un progestágeno de depósito: Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg.

Implantes subdérmicos

Métodos anticonceptivos que consisten en la colocación subdérmica de 1, 2 o 6 cartuchos o cápsulas cilíndricas plásticas no biodegradables que contienen un progestágeno de depósito: etonorgestrel (ENG) o levonorgestrel (LNG) que se libera progresivamente durante 3 a 5 años respectivamente, que es su tiempo de uso.

CÓDIGO

Z30
Z30-0
Z30-4

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la anticoncepción
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

PROTOCOLO DE MANEJO PARA ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer prefiere el uso de Anticonceptivos sólo de Progestágeno, verifique nuevamente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
2. INDICACIONES: • Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años. • Contraindicación para el uso de estrógeno. • Mujeres en período de lactancia en puerperio de más de 6 semanas. (no afectan la cantidad ni la calidad de la leche materna.) • Mujeres que hayan tenido hijos o no. • Mujeres sin pareja estable. • Mujeres que hayan tenido recientemente un aborto o un embarazo ectópico. • Mujeres que fuman cigarrillos, independientemente de la edad y cantidad. • Mujeres que tengan o hayan tenido anemia en el pasado • Mujeres que padezcan de depresión. • Mujeres que tengan várices. • Mujeres VIH positivas, con o sin terapia antirretroviral. • Mujeres con ITS o EPI. • Mujeres que usen antibióticos con excepción de rifampicina. • Enfermedad benigna de la mama. • Mujeres con hiper e hipotiroidismo. • Mujeres con cefaleas incluso migrañas.	x	x	x

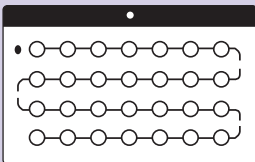
3. CONTRAINDICACIONES: • Embarazo. • Menos de 6 semanas posparto. Se puede administrar inmediatamente evaluando riesgo beneficio. • Sangrado vaginal de etiología desconocida. • Usuarías con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, enfermedad cardiovascular actual. • Cáncer mamario, genital o hepático. • Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos. • Tumoraciones dependientes de progestágenos. • Tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato. • Usar con precaución en los primeros años posmenarquia. Puede disminuir la densidad mineral ósea a largo plazo en adolescentes	x	x	x
4. Si la usuaria elige de manera informada el anticonceptivo sólo de progestágeno y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
5. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA: • Evita la ovulación. • Aumenta la consistencia del moco cervical. • Reducción del transporte de espermatozoides. • No tiene efecto sobre la implantación. No es abortivo.	x	x	x
6. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS GENERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas. • Previene el embarazo no planificado muy eficazmente. • Es un método muy seguro y conveniente. • Cómodo, puede usarse a largo plazo. • No interfiere con las relaciones sexuales. • No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.	x	x	x

• Muy efectivo en mujeres en periodo de lactancia. • No afecta la cantidad ni la calidad de la leche materna, en mujeres que estén dando de lactar luego de las 6 semanas posparto. • No tienen los efectos secundarios de los estrógenos. • Su modo de uso es muy sencillo, una tableta diaria sin interrupción y sin olvidos, o una inyección trimestral o la inserción del implante subdérmico cada 3 o 5 años. • Brinda protección contra: • Cáncer de endometrio • Cáncer de ovario • Enfermedad benigna de mama • Enfermedad pélvica inflamatoria. • No están relacionados con mitos como infertilidad, acumulación de hormonas.	x	x	x
7. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS GENERALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA: • NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del anticonceptivo solo de progestágeno, si existe riesgo). • Pueden tener efectos secundarios, la mayoría de mujeres no los presentan, pero aquellas que los tienen desaparecen dentro del primer año de vida sin tratamiento. • Pueden ocasionar cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado – goteo irregular). • Dependen de la toma oral o administración correcta para mantener su eficacia. El olvido en la toma o la administración incorrecta disminuye la eficacia. • Depende de un proveedor capacitado para la colocación correcta de la inyección o el implante. • El implante requiere de un proveedor capacitado para la colocación y el retiro del mismo, mediante una pequeña intervención quirúrgica que puede provocar dolor o incomodidad local.	x	x	x



*Anticonceptivos orales que
solo contienen progestina (AOP)*

ANTICONCEPTIVO ORAL QUE SOLO CONTIENE PROGESTINA

INICIO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL QUE SOLO CONTIENE PROGESTINA		I	II	III
1.	La usuaria puede iniciar la toma del Anticonceptivo sólo de Progestágeno a las 6 semanas posparto o antes si el riesgo de embarazo es alto y no existen otras alternativas anticonceptivas aceptables o disponibles	x	x	x
2.	Si la usuaria no ha presentado ciclos menstruales puede iniciar la toma del anticonceptivo de progestina sola en cualquier momento sin requerir un método de respaldo.	x	x	x
3.	Si la usuaria ya presenta ciclos menstruales indique que inicie la toma del anticonceptivo de progestina sola dentro de los 5 primeros días del ciclo.	x	x	x
4.	En mujeres con pérdida de embarazo o aborto puede iniciar el anticonceptivo de progestina sola inmediatamente.	x	x	x
FORMA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL QUE SOLO CONTIENE PROGESTINA		I	II	III
5.	Enseñe a la usuaria el paquete de tabletas que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse. Paquete de 28 – 35 tabletas activas  • Tome una tableta diaria. • A la misma hora. • Sin olvidos. • Sin interrupciones ni descansos. • Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente.	x	x	x

6.	Recalque a la usuaria que debe seguir el sistema de flechas impresas en la parte posterior del paquete de anticonceptivos de progestágeno para mantener un orden adecuado y evitar olvidos o retrasos.	x	x	x
7.	Si la mujer está dando de lactar recalque que el patrón menstrual no depende de la toma de este tipo de anticonceptivo: • Puede mantenerse en amenorrea durante todo el tiempo de lactancia. • Puede mantener una irregularidad menstrual durante todo el período de lactancia. • Puede retornar a sus ciclos regulares habituales.	x	x	x
8.	Si la mujer NO está dando de lactar recalque que el patrón menstrual puede tener varios comportamientos que no afectan la seguridad del método: • Puede presentarse amenorrea. • Puede presentarse irregularidad menstrual • Puede presentar goteo intermenstrual • Puede mantener sus ciclos regulares habituales.	x	x	x
9.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROGESTINA SOLA: • Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos. • Indique que los efectos secundarios son leves y pueden incluir: náusea, cefalea, sensibilidad anormal de senos, sangrado intermenstrual o amenorrea. • Indique que no son motivo para dejar de tomar las tabletas. • Recalque que son efectos pasajeros y desaparecen en los primeros meses de uso del método. • Los ciclos irregulares no deben intranquilizar a la usuaria.	x	x	x
10.	Recalque la importancia de la toma diaria de la tableta, a la misma hora y sin olvidos, pues esta es la principal causa de falla del método anticonceptivo oral sólo de progestágeno.	x	x	x

EN CASO DE OLVIDO EN LA TOMA DE LA ANTICONCEPCION ORAL DE PROGESTINA SOLA	I	II	III
11. Olvido de 1 tableta: Indique la toma de la tableta olvidada lo antes posible. En caso de que tenga ciclos menstruales indique preservativo por 2 días como respaldo.	x	x	x
12. Olvido de más de 1 tableta: - Indique la toma de una tableta olvidada lo antes posible. - Uso de condón los próximos 7 días si la menstruación no se ha presentado. - Sugiera el uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días.	x	x	x
13. Invite a la mujer (y a su pareja) a retornar a la unidad de salud si necesita refuerzo en la información o indicaciones suministradas. Mencione que la no toma de las tabletas puede facilitar un embarazo no planificado.	x	x	x
14. Explique que la eficacia de los anticonceptivos orales de progestina sola es menor en comparación con otros métodos cuando la mujer deja de dar de lactar.	x	x	x
15. Registre la elección del método en la Historia Clínica y la entrega de una caja de anticonceptivo oral sólo de progestágeno en la primera visita, y tres ciclos de tabletas por consultas subsecuentes.	x	x	x
16. El segundo control debe realizarse al mes de la primera consulta y las visitas de seguimiento y la entrega de anticonceptivos cada tres meses.	x	x	x
17. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x

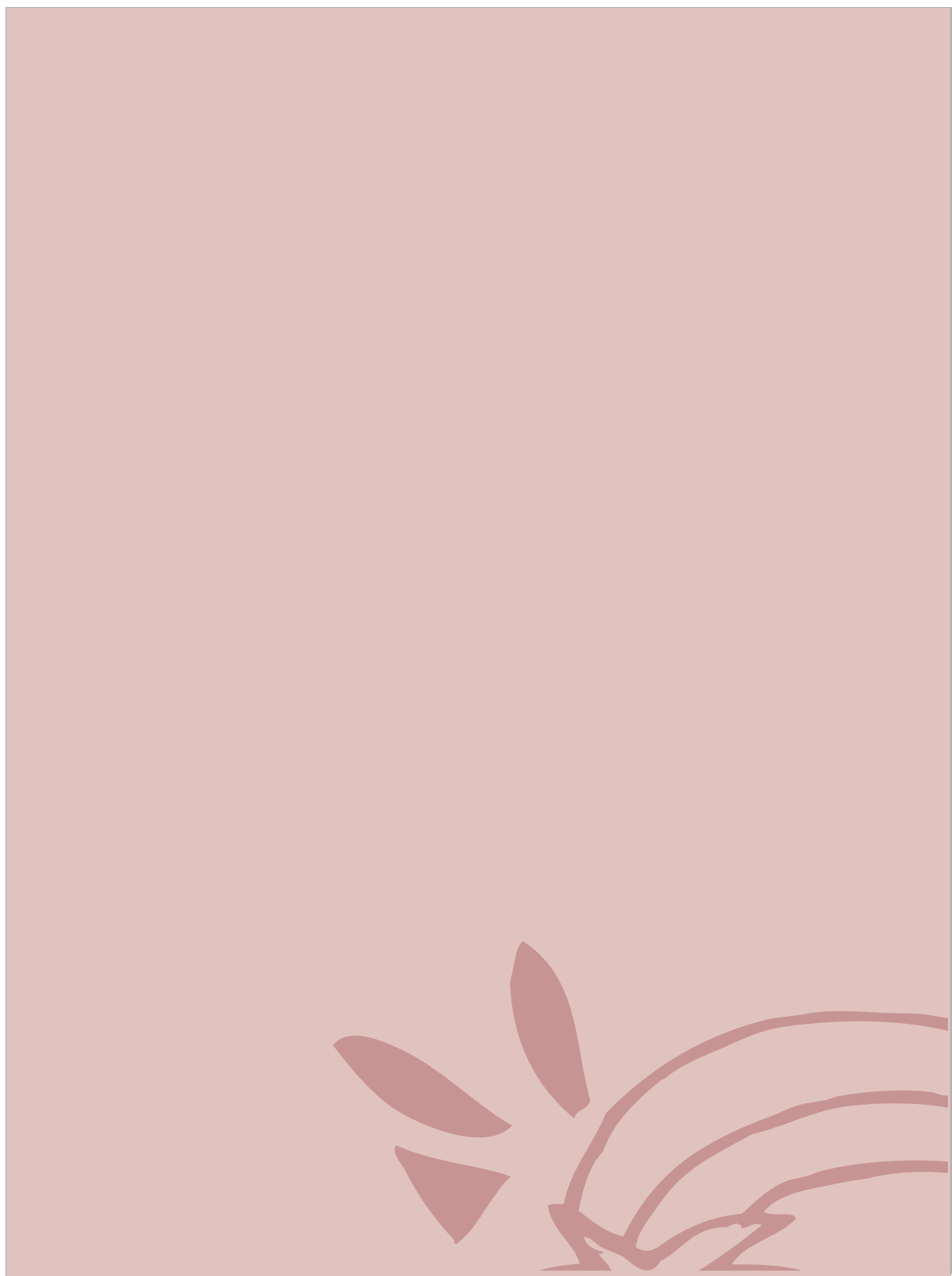


*Anticonceptivos inyectables
de progestina sola*

ANTICONCEPTIVO INYECTABLE DE PROGESTINA SOLA

INICIO DE ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE DE PROGESTINA SOLA		I	II	III
1.	Enseñe a la usuaria la inyección que se va a administrar y explique la forma en que tiene que utilizarse.	x	x	x
FORMA DE USO DEL ANTICONCEPTIVO INYECTABLE DE PROGESTINA SOLA		I	II	III
Inyección de acetato de medroxiprogesterona 150 mg • Inicie el método luego de las 6 semanas pos parto o dentro de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación. • Inyecte en forma IM profunda. No masajee el área. • Administre una nueva dosis de Acetato de Medroxiprogesterona cada 3 meses. • Sin olvidos en la administración.				
2.	Recalque a la usuaria que debe tener muy presente la fecha, cada 3 meses, en la que debe administrarse la próxima inyección. Pues el olvido es la principal causa de falla del método.	x	x	x
3.	Si la mujer está en lactancia recalque que el patrón menstrual no depende de este tipo de anticonceptivo y está de todas maneras protegida: • Puede mantenerse en amenorrea durante todo el tiempo de lactancia. • Puede mantener una irregularidad menstrual durante todo el período de lactancia. • Puede retornar a sus ciclos regulares habituales.	x	x	x
4.	Si la mujer NO está en lactancia recalque que el patrón menstrual puede tener varios comportamientos que no afectan la seguridad del método: • Puede presentarse amenorrea. • Puede presentarse irregularidad menstrual • Puede presentar goteo intermenstrual • Puede mantener sus ciclos regulares habituales.	x	x	x

5. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA: • Es conveniente, provee anticoncepción por 3 meses. • Es discreta, nadie se da cuenta de la utilización del método. • No interfiere en las relaciones sexuales. • No hay sangrado menstrual (ventaja para algunas mujeres). • Puede utilizarse en las mujeres en tratamiento con drogas anticonvulsivantes.	X	X	X
6. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA Y SU MANEJO: • Indique a la mujer que la mayoría de mujeres no presentan efectos molestos. • Indique que los efectos secundarios son leves y pueden o no incluir: náusea, cefalea, sensibilidad anormal de senos, sangrado intermenstrual o amenorrea. • Indique que no son motivo para dejar de inyectarse. • Recalque que son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método. • Los ciclos irregulares no deben intranquilizar a la usuaria.	X	X	X
EN CASO DE OLVIDO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANTICONCEPTIVO INYECTABLE DE PROGESTINA SOLA	I	II	III
7. Se puede administrar el método 2 semanas antes o 2 después de la fecha acordada.	X	X	X
8. Invite a la mujer (y a su pareja o acompañante) a retornar a la unidad de salud si necesita refuerzo en la información o indicaciones suministradas. Mencione que la no administración de la inyección puede facilitar un embarazo no planificado.	X	X	X
9. Informe a la mujer (y a su pareja o acompañante) que el retorno de la fertilidad luego de suspender el método es en promedio de 9 meses.	X	X	X
10. Registre la elección del método en la Historia Clínica y la administración de una inyección de anticonceptivo trimestral sólo de progestágeno en la primera visita.	X	X	X
11. Felicite a la mujer (y a su pareja o acompañante) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	X	X	X

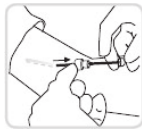
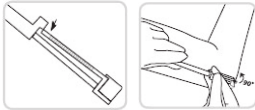
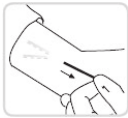




Implantes Subdérmicos

IMPLANTES SUBDÉRMICOS

INICIO DE ANTICONCEPCIÓN CON IMPLANTES SUBDÉRMICOS	I	II	III
1. La colocación de implantes subdérmicos la realizará el personal capacitado en la técnica de inserción, si no dispone de este personal, refiera a la paciente al nivel apropiado en que puedan realizar este procedimiento.	x	x	x
2. Su colocación se puede hacer en cualquier momento durante la menstruación y si la usuaria aun no menstrua, puede colocarse cualquier día, siempre y cuando el embarazo sea razonablemente descartado. (Ver lista de verificación de ausencia de embarazo). Indique el uso de preservativo por 7 días como respaldo. Verifique criterios médicos de elegibilidad	x	x	x
3. Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.	x	x	x
4. Explique a la mujer (y a su pareja) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	x	x	x
5. Brinde apoyo emocional continuo. Aliéntela a avisar si existe algún tipo de molestia.	x	x	x
6. Asegúrese de que la usuaria brinde su consentimiento informado y registre en la historia clínica su decisión.	x	x	x
7. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le informará con anticipación.	x	x	x
8. Administre a la mujer paracetamol 500 -1000 mg vía oral o ibuprofeno 400 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.	x	x	x
9. Pregunte si es alérgica a los antisépticos y anestésicos.	x	x	x
10. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.	x	x	x
11. Asegure la disponibilidad del implante nuevo, sin alteración de la integridad del empaque y con fecha de caducidad vigente.	x	x	x
12. Verifique que la paciente tenga libre de ropa la zona del brazo donde será colocado el implante.	x	x	x
13. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séquelas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	x	x	x
14. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada, para asegurarse de que dispone de: • Guantes estériles • Gasas estériles • Hoja de bisturí • Implante nuevo en su envase original.	x	x	x
15. Colóquese barreras protectoras: guantes estériles y gafas (deseable, aunque no indispensable: gorra, mascarilla, y bata quirúrgica)	x	x	x
16. Asegúrese de tener todo el instrumental estéril listo antes de colocar a la paciente en posición adecuada.	x	x	x

PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE IMPLANTES SUBDÉRMICOS		I	II	III
17. Solicite a la mujer que se coloque en posición sentada con el brazo apoyado en la mesa de examen descubierta la zona externa del brazo.		x	x	x
18. Realice un examen de la zona para determinar lesiones o condiciones locales que contraindiquen la colocación del implante.		x	x	x
19. Asepsia y antisepsia de la cara supero interna del brazo no dominante de la mujer.		x	x	x
20. Realice la inyección de anestesia local (1-2 ml de lidocaína subcutánea en el área escogida)		x	x	x
21. Realice una pequeña incisión de 3 mm con un bisturí.		x	x	x
Implantes de Levonorgestrel (LNG)	Implante de Etonorgestrel (ENG)	I	II	III
1. Introduzca el trócar entre la piel y el tejido celular subcutáneo 	1. Estirar la piel alrededor del área de inserción para asegurar una inserción superficial justo debajo de la piel. 	x	x	x
2. Inserte cada implante de LNG justo debajo de la piel empujando el émbolo por el trócar. La usuaria puede sentir sensación de presión o de tironeamiento. 	2. Insertar sólo el extremo de la aguja ligeramente en ángulo de 20° y poner el aplicador en posición horizontal. 	x	x	x
3. Retire el émbolo de trócar, cargue un nuevo cilindro de implante y proceda de similar manera. 	3. Romper el sello del aplicador, girando el obturador 90°. 	x	x	x
4. Coloque los implantes en abanico, puede marcar previamente en la piel la dirección que deben seguir los cilindros. 	4. Fijar el obturador con una mano contra el brazo y con la otra mano retraer lentamente la cánula (aguja) fuera del brazo 	x	x	x

22. Verifique la ausencia del implante/s en la aguja insertora.	x	x	x
23. Verifique siempre la presencia del implante/s mediante palpación.	x	x	x
24. Sobre el sitio de entrada del implante se puede colocar un esparadrapo para afrontar los bordes. Habitualmente no es necesario colocar punto quirúrgico.	x	x	x
25. Cubra el sitio de entrada con una gasa seca y envuelva a presión con una venda de gasa.	x	x	x
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE IMPLANTES SUBDÉRMICOS	I	II	III
26. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos contaminados colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica según normas de bioseguridad.	x	x	x
27. Lave y coloque el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.	x	x	x
28. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.	x	x	x
29. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.	x	x	x
30. Permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 5-10 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación hasta que se sienta cómoda.	x	x	x
31. Verifique si hay sangrado, dolor u otra molestia antes de que se incorpore.	x	x	x
32. Instruya a la paciente sobre la atención pos inserción y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y/o sangrado.	x	x	x
33. Indique a la usuaria que no se requiere regresar para una cita de seguimiento sino hasta la fecha de retiro del implante en 3 años (implante de etonorgestrel) o 5 años (implante de levonorgestrel). Sin embargo debe acudir para prevención de cáncer ginecológico y mamario acorde con las necesidades de salud sexual y salud reproductiva según cada caso.	x	x	x
34. Registre en la historia clínica de la usuaria la fecha de inserción, el tipo de implante y la fecha tope en la que tendría que retirarse.	x	x	x
35. Recuerde a la mujer (y su pareja) que el uso del implante es a largo plazo, sin embargo puede solicitar su retiro en cualquier momento.	x	x	x
36. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud, por elegir el implante y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x
37. Ver manejo de problemas comunes al final del capítulo	x	x	x

RETIRO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO.
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Verifique las razones de la usuaria para el retiro: • Solicitud de la usuaria por causa médica • Solicitud de la usuaria por causa personal.	x	x	x
2. Verifique las razones médicas para el retiro: • Embarazo con el uso de implantes subdérmicos. • Dolor intolerable en el sitio de inserción, signos de infección (dolor, rubor, calor). • Implante dislocado o fuera de posición. • Al terminar la vida útil del implante. • Al año de diagnosticada la menopausia. • Cefalea intensa que no cede con analgésicos desde la inserción. • Sangrado vaginal abundante o prolongado (poco usual). • Dolor o sensibilidad en la parte baja del abdomen. • Ictericia desde inicio del método.	x	x	x
3. Explique a la mujer (y su pareja) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	x	x	x
4. Brinde apoyo emocional continuo. Aliéntela a que informe si existe algún tipo de molestia.	x	x	x
5. Asegúrese de que la usuaria brinde su consentimiento informado de manera libre y registre en la historia clínica su decisión.	x	x	x
6. Explique la posibilidad de sentir dolor o molestia durante algún paso del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.	x	x	x
7. Organice el instrumental para asegurarse de que dispone de: • Guantes estériles. • Hoja de bisturí. • Pinza hemostática. • Gasas estériles. • Implante subdérmico nuevo en su envase original (si aplica nueva inserción). • Venda de gasa.	x	x	x
8. Asegure la disponibilidad de un implante nuevo, sin alteración de la integridad del empaque y con fecha de caducidad vigente, si la mujer desea colocarse otro implante inmediatamente.	x	x	x
9. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	x	x	x
10. Colocación de barreras protectoras: guantes estériles y gafas (deseable, aunque no indispensable: gorra, mascarilla, y bata quirúrgica).	x	x	x

11. Solicite a la mujer exponga el sitio de remoción.		x	x	x
12. Asepsia y antisepsia de la cara supero interna del brazo no dominante de la mujer.		x	x	x
13. Realice la inyección de anestesia local (1-2 ml de lidocaína subcutánea) en el área escogida.		x	x	x
14. Realice una pequeña incisión de 3 mm con un bisturí.		x	x	x
15. Con una pinza hemostática fina localice el extremo del cilindro/s del implante y traccione suavemente hasta extraerlo. Repita el procedimiento para cada cilindro/s.		x	x	x
16. Verifique la existencia de sangrado o dolor.		x	x	x
17. Si la mujer lo desea indique el implante/s retirado/s para su total certeza y tranquilidad del retiro efectivo.		x	x	x
18. Verificar siempre la ausencia del implante/s mediante palpación.		x	x	x
19. Sobre la incisión se puede colocar un esparadrapo para afrontar los bordes. Habitualmente no es necesario colocar punto quirúrgico.		x	x	x
20. Cubra la incisión con una gasa seca y envuelva a presión el brazo con una venda de gasa.		x	x	x
21. Si los cilindros no son visibles o es muy difícil, dolorosa o hay sangrado durante la extracción, comunique a la usuaria la dificultad y disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable.		x	x	x
22. Verifique si hay sangrado, dolor, u otra molestia vasovagal antes de dar el alta.		x	x	x
23. Instruya a la paciente sobre la atención pos retiro y/o inserción inmediata de nuevo implante, y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y/o sangrado.		x	x	x
24. Registre en la historia clínica de la usuaria la fecha de retiro del Implante. Si el retiro fue por embarazo oriente a la consulta de control prenatal.		x	x	x
25. Brinde asesoría según el caso en anticoncepción o en cuidados preconcepcionales.		x	x	x
26. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.		x	x	x
27. Ver manejo de problemas comunes y visitas subsecuentes.		x	x	x

Anticonceptivos de progestina sola

Manejo de las visitas subsecuentes y problemas asociados

PROTOCOLO DE VISITAS SUBSECUENTES		I	II	III
1.	Durante esta visita establezca si la mujer: - Está utilizando el método correctamente. - Presenta algún efecto secundario o problema con el método. - Presentó problemas de salud durante el inicio del método sólo de progestágeno. - Tiene inquietudes. - Requiere de un mayor suministro de tabletas o inyecciones. - Está satisfecha con el método que eligió. - Requiere de consulta para prevención de cáncer ginecológico y mamario.	x	x	x
2.	Resuelva cualquier situación que se presente, aclare cualquier duda o pregunta, suministre en número adecuado el método, refuerce el uso correcto del método.	x	x	x
3.	Recuerde a la mujer (y su pareja) que el uso del Anticonceptivo Inyectable sólo de progestágeno puede ser a largo plazo sin problemas futuros.	x	x	x
4.	Planifique el retorno de la mujer cada 3 meses para control y entrega de 3 cajas de anticonceptivos orales sólo de progestágeno, o 1 inyección de anticonceptivos solo de progestágeno según sea el caso. Asegúrese que esta visita se dé antes de que termine la protección del método.	x	x	x
5.	Si la mujer eligió el implante las consultas subsecuentes serán cada año o de acuerdo a sus necesidades.	x	x	x
6.	Recuerde a la mujer (y su pareja) que el uso de Implantes Subdérmicos pueden ser a largo plazo sin problemas futuros.	x	x	x
7.	Recalque la fecha y año en la que debe retirar y/o cambiar los implantes, siempre antes de que se quede sin protección hormonal anticonceptiva	x	x	x

8. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x
--	---	---	---

PROTOCOLO DE PROBLEMAS ASOCIADOS	I	II	III
1. NAÚSEA Aconseje la toma de la tableta con las comidas o al acostarse en la noche.	x	x	x
2. DOLOR DE CABEZA LEVE - Indique a la mujer que puede tomar acetaminofén 500 mg, o ibuprofeno 200 a 400 mg o aspirina 500 mg cada 6 horas. - Si la cefalea se presenta en el lapso libre de tabletas aconseje continuar el uso.	x	x	x
3. AMENORREA Indique a la mujer que la ausencia o un mínimo goteo menstrual no es problema si ha tomado o se ha administrado de forma correcta el método.	x	x	x
4. GOTE O SANGRADO IRREGULAR - Probables causas: - Falla en la toma, olvidos o demoras. - Vómito o diarrea severos. - Interacción medicamentosa: rifampicina, anticonvulsivantes.	x	x	x
5. Recuerde a la mujer (y su pareja) que el uso del anticonceptivo sólo de progestágeno puede ser a largo plazo y que los efectos secundarios no deseados son pasajeros.	x	x	x
6. Planifique el retorno de la mujer por más anticonceptivos antes de que se quede sin protección hormonal anticonceptiva.	x	x	x



*Anticoncepción oral
de emergencia (AOE)*



Anticoncepción de emergencia

Método anticonceptivo de emergencia que pueden utilizar las mujeres en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de evitar un embarazo no planificado.

Debe usarse exclusivamente como **método de emergencia** y no como una forma regular de anticoncepción.

La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y la Food and Drug Administration (FDA).

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
Z30	Atención para la anticoncepción
Z30 -0	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Z30 -4	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

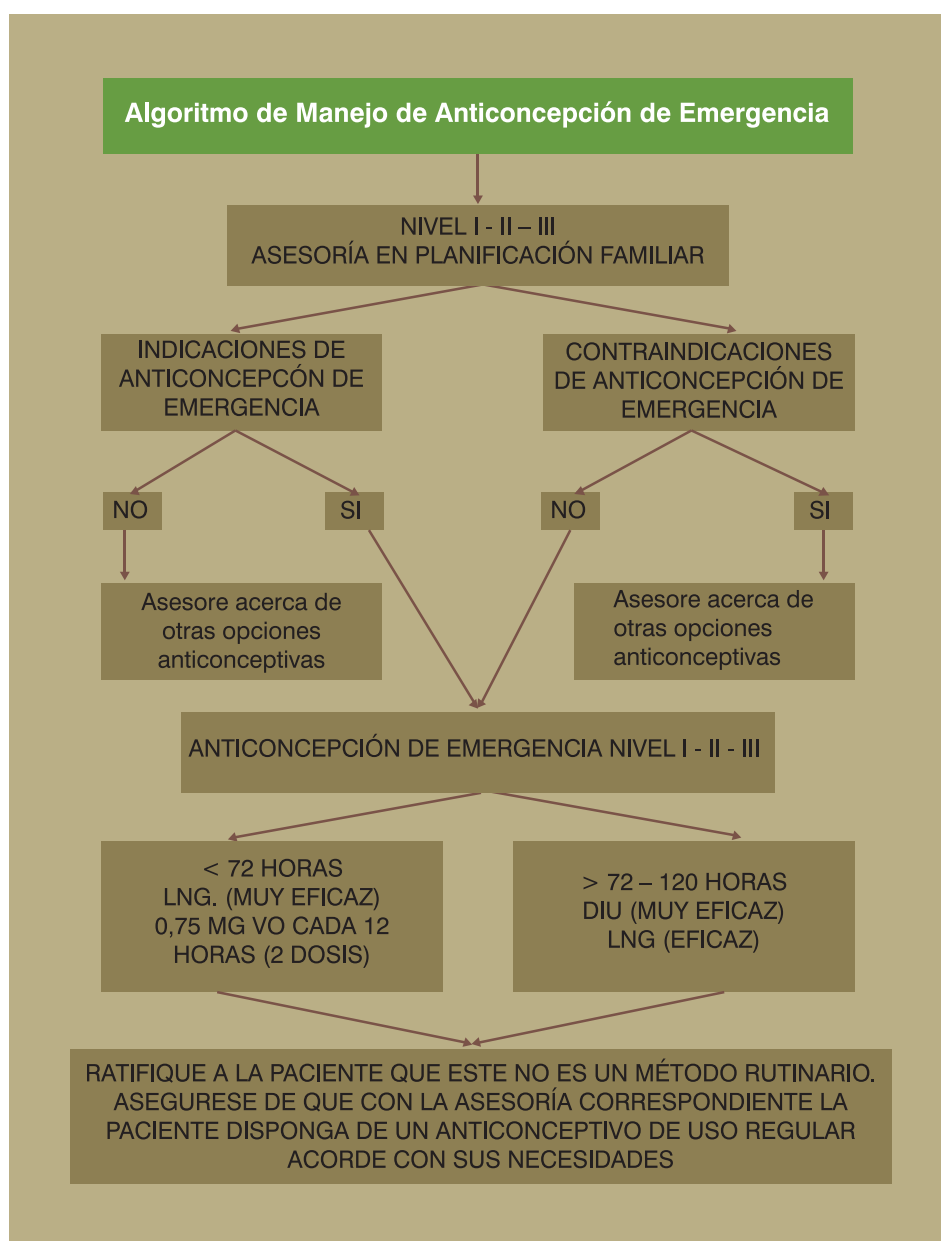
PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (AOE)
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer tiene indicación y decide de manera informada que la ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA es su mejor alternativa, respete y apoye la decisión.	x	x	x
2. INDICACIONES: - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, - Uso incorrecto o accidental de un método anticonceptivo: - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino o femenino. - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, femenino o diafragma. - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino. - Relaciones en el período fértil - Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo. - Exposición a sustancia teratogena confirmada.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: Embarazo conocido. La AOE es segura para todas las mujeres, incluso en los casos en que no pueden utilizar métodos hormonales en forma continua.	x	x	x
4. Realice una breve anamnesis investigando datos que puedan influir en la decisión o pertinencia del método de Emergencia: riesgo de ITS, fecha de la última menstruación normal y fecha y/u hora de la relación sin protección.	x	x	x
5. Aunque NO es necesario la evaluación física ni genital para proveer AOE, no desaproveche la oportunidad como medida de prevención en salud.	x	x	x
6. NO es necesario realizar exámenes de laboratorio. Recuerde que es una situación de emergencia. No demore el suministro del medicamento.	x	x	x

7. EXPLIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA: • Inhibe o retrasa la ovulación. • No tiene efecto sobre la implantación. • No tiene efecto sobre un embarazo ya existente. NO ES ABORTIVO. • Alteración del moco cervical • Alteración del transporte y viabilidad de los espermatozoides.	x	x	x
8. RECALQUE La AOE no es efectiva una vez que ha ocurrido la fecundación	x	x	x
9. INDIQUE LA FORMA DE USO DE AOE Si está dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual no protegida, indique tomar por vía oral: • Dos dosis de 0,75 mg de Levonorgestrel (LNG) separadas por un lapso de 12 horas. • Una dosis de 1,5 mg de Levonorgestrel (LNG). Recuerde que si la toma es más cercana a la relación sin protección, más eficaz será el método.	x	x	x
10. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA: • Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer o el hombre lo solicite siempre que no existan contraindicaciones. • Previene el embarazo no planificado muy eficazmente. • Reduce la posibilidad de un aborto en condiciones no seguras. • Es un método muy seguro y eficaz. • NO ES ABORTIVO. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado. • No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. Retorno inmediato a la fertilidad • Es una manera óptima de evitar un embarazo en caso de violencia sexual.	x	x	x
11. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA: • Es sólo de emergencia, no debe ser un método de anticoncepción regular • NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, si existe este riesgo). • Puede tener efectos secundarios.	x	x	x
12. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA: CAMBIOS EN EL PATRÓN DEL SANGRADO Se puede presentar un sangrado irregular usualmente leve 1 o 2 días después de su administración	x	x	x

NAÚSEA Y VÓMITO: Si la paciente vomita en las dos horas siguientes a la administración hormonal, debe repetirse esa dosis. (Suministre una dosis extra de AOE) Si la náusea y vómito son importantes puede sugerirse el uso de metoclopramida como antiemético. CEFALEA, MASTALGIA, SENSIBILIDAD MAMARIA AUMENTADA. Habitualmente no duran más de 24 horas.	x	x	x
13. RECUERDE el uso de AOE se considera solo para casos de EMERGENCIA y no deben sustituir a los métodos regulares de anticoncepción	x	x	x
14. Fomente el uso inmediato de anticoncepción regular. Si desea utilizar anticonceptivos continuos luego de tomar AOE, puede hacerlo al día siguiente en el caso de AOC, AIC, inyectables de progestina sola y DIU. Se recomienda un método de respaldo (preservativo), durante 7 días. Si desee usar implantes espere hasta el siguiente ciclo.	x	x	x
15. Provea junto al método anticonceptivo regular una dosis extra de anticoncepción de emergencia para solventar un posible uso incorrecto del método regular	x	x	x
16. En caso de que la usuaria no desee utilizar ningún método anticonceptivo hormonal, recomiende el uso de preservativos en caso de que cambie de opinión.	x	x	x
17. El uso recurrente de anticoncepción oral de emergencia es una indicación de que la mujer requiere asesoría anticonceptiva consistente. Sin embargo su uso repetido no tiene un efecto clínico en la salud de la mujer.	x	x	x
18. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



DIU: Dispositivo intrauterino - LNG: Levonorgestrel



Métodos Temporales Intrauterinos

Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)

Es un anticonceptivo fabricado de polietileno en forma de T, con 2 brazos horizontales flexibles. Posee alrededor suyo alambre de cobre con una superficie de 380 mm². Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo del útero. Este procedimiento lo debe realizar un proveedor calificado. Posee 2 hilos guía también de polietileno que quedan a nivel de vagina para su control y su extracción. Su uso puede ser por 10 años.

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)

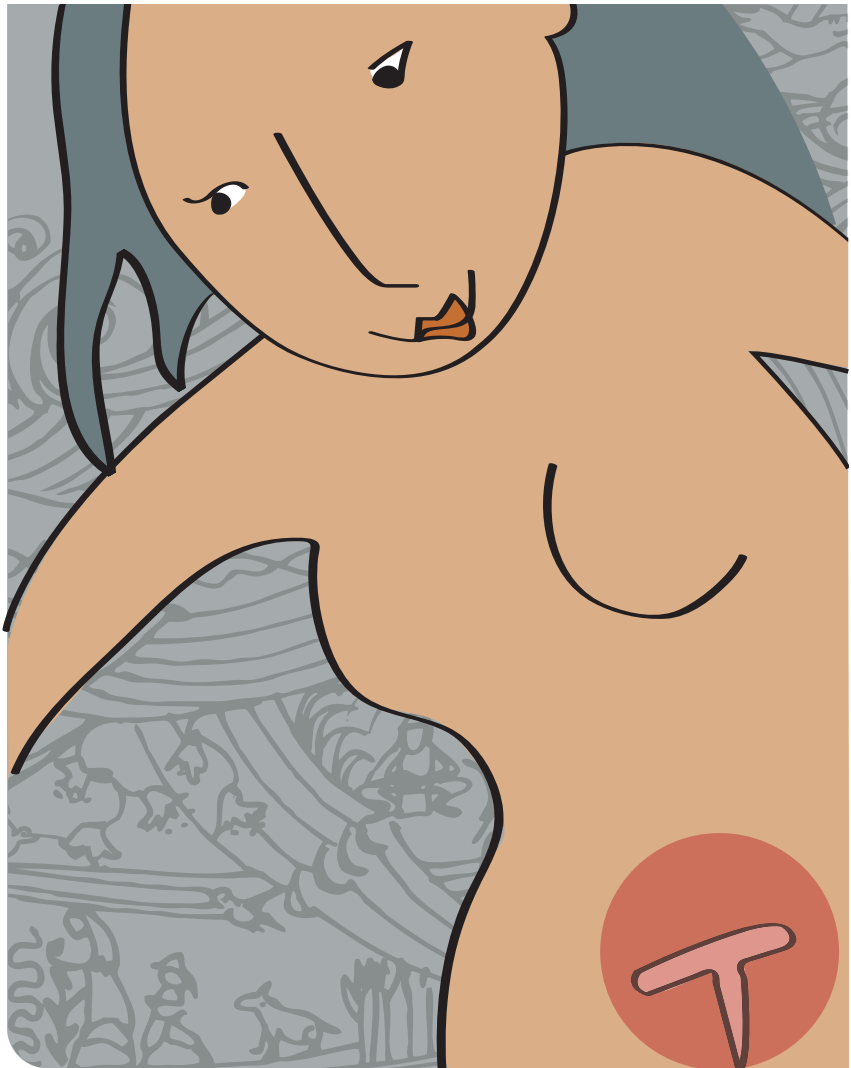
Método anticonceptivo de polietileno en forma de T, con la capacidad de liberar en forma continua un componente hormonal (levonorgestrel 20ug/día). Igual que en el DIU-Cu, dos hilos se unen al extremo que queda cerca al orificio cervical externo. Su uso puede ser por 5 años

CÓDIGO

Z30
Z30 -1
Z30 -5

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la anticoncepción
Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino
Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo intrauterino



Dispositivo intrauterino (DIU)

PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA ANTICONCEPCIÓN CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE (DIU-CU).

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer prefiere el uso del DIU de Cobre, verifique nuevamente los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
2. INDICACIONES: • Anticoncepción a largo plazo, duradera, muy efectiva, el DIU dura 10 años: • Mujeres que han tenido hijos. • En mujeres que no han tenido hijos. • Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial • Mujeres post aborto inmediato sin infección. • Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años. • Mujeres que fuman. • Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación. • Anticoncepción intrauterina de emergencia.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: • Embarazo (Ver capítulo de asesoría general). • Sepsis puerperal pos evento obstétrico • SIDA • EPI actual • Sangrado genital de etiología desconocida • Cáncer cervical o Cáncer de endometrio en espera de tratamiento. • Anomalías uterinas y tumoraciones uterinas que distorsionan la cavidad uterina • Enfermedad trofoblástica benigna o maligna	x	x	x
4. Si la usuaria elige de manera informada el dispositivo intrauterino y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
5. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE COBRE: • Mecánico. • Impide el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante cambios en el endometrio y mediante un efecto directo sobre la motilidad espermática	x	x	x

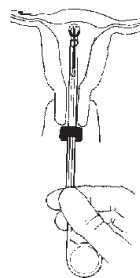
6.	Si la usuaria elige de manera informada el Dispositivo Intrauterino y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
7.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS : • Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones. • Su uso es autorizado inclusive en adolescentes, mujeres con capacidades especiales y mujeres próximas a la menopausia • NO ES NECESARIO que esté menstruando. Descarte embarazo actual (aplicar la lista de verificación ausencia de embarazo). • Es seguro, conveniente y eficaz. • Cómodos, son de uso a largo plazo. • Discreto, nadie se da cuenta que utiliza un DIU. • No interfiere con las relaciones sexuales. • No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación. • No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado. • No están relacionados con mitos falsos como cambios en el peso, infertilidad, cáncer, abortos, malestar en la pareja, migración a distintas partes del cuerpo, dolor de cabeza, etc. • El DIU se puede retirar en cualquier momento, si la mujer decide que quiere embarazarse o no continuar el método.	x	x	x
8.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS: • NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, además del DIU, si existe riesgo de ITS/VIH y SIDA). • No es sugerido en mujeres con múltiples parejas sexuales. • Una ITS no tratada en usuaria de DIU puede llevar a mayor riesgo de embarazo ectópico o una EPI y potenciales cuadros de dolor pélvico crónico e infertilidad. • Puede tener efectos secundarios como dismenorrea y menorragia. • Depende de un proveedor capacitado para la colocación y el retiro. • Tiene riesgos bajos de infección, expulsión y perforación uterina. • Dependen de la inserción correcta para mantener su elevada eficacia. La inserción posparto inmediato tiene mayor posibilidad de expulsión. • La mujer debe verificar la posición correcta de los hilos del DIU de manera periódica. Debe introducir los dedos en la vagina y eso puede ser molesto para algunas mujeres.	x	x	x

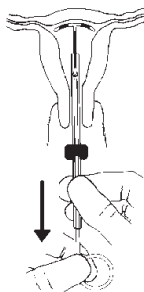
MOMENTO DE INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO		I	II	III
9.	La usuaria puede colocarse el dispositivo intrauterino idealmente durante los días de sangrado menstrual como signo de certeza de ausencia de embarazo.	x	x	x
10.	Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté: • Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación. • Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo. Adicionar condón durante 7 días. • Inmediatamente del puerperio post aborto, • Luego de las 4 semanas posparto o post cesárea si no está embarazada • Inmediatamente del retiro de un DIU previo. • Inmediatamente de la toma de AOE.	x	x	x
11.	Si la usuaria aún no menstrúa luego de evento obstétrico o ginecológico, puede colocarse cualquier día luego de aplicar la lista de verificación de ausencia de embarazo e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.	x	x	x
12.	Puede iniciar el DIU en cualquier momento si ha estado utilizando otro método anticonceptivo en forma adecuada y si existe suficiente certeza de que no existe embarazo.	x	x	x
13.	Si no cumple estos criterios se debe sugerir otro método anticonceptivo apropiado para el caso.	x	x	x
EXPLIQUE LA FORMA DE USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO		I	II	III
14.	Si luego de la evaluación realizada y de haber revisado la lista de criterios de elegibilidad no existe contraindicación para el uso de DIU y la usuaria elige informadamente éste método, respete y apoye la decisión y explique a continuación la forma de proceder para la colocación del mismo.	x	x	x
15.	En caso de usuarias jóvenes, menores de edad o personas con capacidades especiales, NO es necesario que los padres o tutores otorguen su consentimiento para la utilización de algún método.	x	x	x
PASOS PREVIOS A LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE.		I	II	III
16.	Explique a la mujer (y a la persona que la apoya) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	x	x	x
17.	Brinde apoyo emocional continuo. Aliéntela a informar si existe algún tipo de molestia.	x	x	x
18.	Asegúrese de que la usuaria brinde su consentimiento informado de manera libre y registre en la historia clínica su decisión.	x	x	x

19. Explique la posibilidad de sentir molestia durante algunos de los pasos del procedimiento y que usted le informará con anticipación.	x	x	x
20. Administre a la mujer paracetamol 500 -1000 mg vía oral o ibuprofeno 400 mg vía oral 30 minutos antes del procedimiento.	x	x	x
21. Pregunte si es alérgica a los antisépticos.	x	x	x
22. Determine que esté presente el instrumental requerido esterilizado.	x	x	x
23. Asegure la disponibilidad de DIU nuevo, sin alteración de la integridad del empaque y con fecha de caducidad vigente.	x	x	x
24. Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga y se coloque una bata quirúrgica en un lugar que brinde privacidad.	x	x	x
25. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	x	x	x
26. Organice el instrumental esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel en una bandeja esterilizada o en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel para asegurarse de que dispone de: • Guantes estériles • Espejo vaginal descartable • Pinza de Aro. • Gasas estériles • Pinza de un solo diente o pinza de Posse • El DIU trae un histerómetro plástico que disminuye el riesgo de perforación. • DIU nuevo en su envase original (verifique fecha de caducidad).	x	x	x
27. Colocación de barreras protectoras: guantes estériles y gafas (deseable, aunque no indispensable: gorra, mascarilla, y bata quirúrgica)	x	x	x
28. Asegúrese de tener todo el instrumental estéril listo antes de colocar a la paciente en posición ginecológica.	x	x	x
29. Cargue previamente el DIU dentro de su empaque para aplicar la técnica de “no contacto”. Introduzca las ramas horizontales dentro del insertor. No permita que el DIU ni la sonda uterina tengan contacto alguno con superficies no estériles.	x	x	x



INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE.		I	II	III
30.	Si no consigue cargar las ramas del DIU dentro del envase, asegúrese de hacerlo con guantes estériles y colocarlo sobre superficie estéril.	x	x	x
31.	Solicite a la mujer se coloque en posición ginecológica	x	x	x
32.	Si considera oportuno, tome muestra para citología cérvico vaginal.	x	x	x
33.	Realice un examen pélvico bimanual para determinar: • Tamaño uterino. • Posición: anteversoflexión (AVF) o retroversoflexión (RVF). • Tumores uterinos o anexiales. • Movilidad del Cérvix. • Signos de EPI o embarazo actual.	x	x	x
34.	Separe con una mano los labios vaginales e introduzca suavemente el espejo vaginal	x	x	x
35.	Limpie el orificio cervical externo con solución antiséptica si existe exceso de moco cérvico vaginal.	x	x	x
36.	Coloque la pinza de Posse en la hora 6 o 12 del cérvix, según sea un útero AVF o RVF respectivamente, cierre la pinza hasta la primera muesca de seguridad. • Procure colocar la pinza ni muy profunda ni muy superficial en el cérvix, para evitar sangrado y/o desgarros cervicales.	x	x	x
37.	Traccionando la pinza Posse y agarrando el histerómetro plástico con 2 dedos, realice la histerometría lenta y suavemente. Retire el histerómetro.	x	x	x
38.	Gradúe la medida del insertor con la medición obtenida con el histerómetro y colóquelo como émbolo en el insertor.	x	x	x
39.	Traccionando la pinza Posse introduzca el DIU lenta y suavemente hasta que el medidor del insertor tope el orificio cervical externo o sienta resistencia intrauterina en el fondo.	x	x	x



40. Empuje el émbolo-histerómetro para que se liberen las ramas del DIU del insertor.		X	X	X
41. Retire el insertor junto con el émbolo, asegúrese de no traccionar los hilos del DIU.		X	X	X
42. Corte los hilos a 2-3 cm por fuera del orificio cervical externo.		X	X	X
43. Retire la pinza de Posse y el espejo vaginal tras comprobar que no se presenta sangrado activo ni dolor en la usuaria.		X	X	X
TAREAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE.		I	II	III
44. Antes de quitarse los guantes, elimine los desechos colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica según normas de bioseguridad.		X	X	X
45. Lave y coloque todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlo.		X	X	X
46. Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0,5%. Quítese los guantes volcándolos del revés y colóquelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.		X	X	X
47. Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con una toalla limpia y seca, o déjelas secar al aire.		X	X	X
48. Permita que la paciente descanse cómodamente durante al menos 5-10 minutos en un lugar donde se pueda monitorear su recuperación hasta que se sienta cómoda.		X	X	X
49. Verifique si hay sangrado, dolor, náusea, mareo, debilidad u otra molestia vasovagal antes de que se incorpore lentamente.		X	X	X
50. Llene de manera correcta y completa la solicitud de citología cérvico vaginal (si aplica). Asegúrese de que la muestra esté correctamente rotulada y conservada para su envío.		X	X	X
51. Instruya a la paciente sobre la atención post inserción y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y/o sangrado.		X	X	X

52. Indique que debe regresar para la cita de seguimiento en 4 a 6 semanas para evaluación del DIU-Cu y resultado de la citología (si aplica). No se requiere de ecografía para la verificación de la adecuada colocación	x	x	x
53. Indique a la usuaria que revise los hilos del DIU luego de la menstruación, especialmente en los primeros meses.	x	x	x
54. Registre en la historia clínica de la usuaria la fecha de inserción, el tipo de DIU y la fecha tope en la que tendría que retirarse.	x	x	x
55. Recuerde a la mujer (y su pareja) que el uso del DIU puede ser a largo plazo por 10 años, sin embargo puede solicitar su retiro en cualquier momento.			
56. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud, por elegir el DIU y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x



*Dispositivo intrauterino de
levonorgestrel (DIU - LNG)*

PROTOCOLO DE MANEJO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL (DIU – LNG).

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice una asesoría minuciosa para determinar la elegibilidad de la paciente, y los potenciales beneficios anticonceptivos y extra anticonceptivos del DIU-LNG. Verifique los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos	x	x	x
2. INDICACIONES: - Las mismas que se aplican al DIU-Cu. - Indicaciones particulares para el DIU hormonal: - Menorragia idiopática. - Hiperplasia endometrial sin atipias. - Miomatosis Uterina. - Alternativa a la histerectomía en pacientes con miomatosis uterina, hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: - Embarazo o sospecha del mismo. - Cáncer de mama actual o pasado - Similares al DIU-Cu. - Tumores dependientes de progestágenos - Cáncer cervical y cáncer de endometrio en espera de tratamiento - Cáncer de ovario - EPI actual o recurrente - Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea - SIDA - Enfermedad hepática activa o tumor hepático. Ictericia. - Anamiasis uterinas congénitas o adquiridas	x	x	x
4. Si es candidata, proceda con la técnica de inserción que requiere de entrenamiento del personal que colocará el DIU-LNG para garantizar su eficacia.	x	x	x

5. Difiere de la del DIU-Cu en que: • El DIU-LNG viene provisto de un insertor o endoceptor que obligatoriamente maneja la técnica “sin tocar” • Las ramas horizontales se introducen a la inversa del DIU-Cu con lo que se reduce el riesgo de perforación. • Los hilos del DIU-LNG son más largos y se fijan en una ranura de seguridad previo a la inserción, lo que brinda mayor seguridad al procedimiento. • La mano dominante del operador hace mínimos movimientos del endoceptor para liberar el DIU-LNG dentro de la cavidad uterina.	x	x	x
6. Asegúrese de que la usuaria brinde su consentimiento informado de manera libre y registre en la historia clínica su decisión.	x	x	x
7. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE LNG: • Evita el encuentro entre óvulo y espermatozoide. • Fuerte supresión del crecimiento endometrial. (Efecto benéfico extra anticonceptivo) • Aumento de la viscosidad del moco cervical. • No tiene efecto sobre la implantación. No es abortivo. • Espesa el moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides. • Inhibe la capacitación o la supervivencia de los espermatozoides. • Algún efecto anovulatorio, especialmente los primeros años.	x	x	x
8. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LOS DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL DE LNG: • Similares a los del DIU de Cobre • Tiene efectos benéficos extraconceptivos: ○ Menorragia idiopática. ○ Hiperplasia endometrial sin atipias. ○ Miomatosis Uterina. ○ Es una alternativa a la histerectomía hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad.	x	x	x

9. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL DE LNG: • Similares a las DIU-Cu, a excepción de metrorragias.	x	x	x
LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL DE LNG SIMILAR AL PROCEDIMIENTO DEL DIU-CU, CON LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES:	I	II	III
10. Horizontalice las ramas del DIU-LNG sobre superficie estéril.	x	x	x
11. Traccione los hilos que salen por el extremo del endoceptor. Fíjelos en la ranura del endoceptor para seguridad.	x	x	x
12. Realice los pasos de preparación similares a los del DIU-Cu.	x	x	x
13. Traccione la pinza Posse y con el endoceptor en la otra mano, realice la histerometría lenta y suavemente con el mismo endoceptor.	x	x	x
14. Gradúe la medida del endoceptor con la medición obtenida previamente.	x	x	x
15. Traccionando la pinza Posse introduzca el DIU-LNG lenta y suavemente hasta 1 cm antes del orificio cervical externo.	x	x	x
16. Empuje el movilizador deslizante hasta la primera señal para que se liberen las ramas del DIU-LNG del insertor	x	x	x
17. Empuje suavemente el endoceptor hasta tocar el fondo uterino.	x	x	x
18. Empuje el movilizador deslizante hasta la segunda señal para que se liberen los hilos del DIU-LNG	x	x	x
19. Retire el endoceptor sin traccionar los hilos del DIU-LNG.	x	x	x
20. Corte los hilos a 2-3 cm por fuera del orificio cervical externo.	x	x	x
21. Realice las tareas posteriores a la inserción similares al DIU-Cu.	x	x	x

Métodos Temporales Intrauterinos

Manejo de las visitas subsecuentes y problemas asociados

MANEJO DE PROBLEMAS CON EL DIU DE COBRE	I	II	III
1. DOLOR TIPO COLICO MENSTRUAL - Indique a la mujer que puede tomar acetaminofén 500 mg, o Ibuprofeno 400 mg o, o cada 6 u 8 horas si el dolor es intenso. - Si el dolor es súbito o intenso y/o se acompaña de sangrado o fiebre debe acudir a la unidad de salud inmediatamente.	x	x	x
2. SANGRADO ABUNDANTE O IRREGULAR - Indique que si es irregular es pasajero y no peligroso, cederá en unos días. - La mujer debe esperar períodos menstruales más abundantes. - Se puede administrar AINES en las dosis mencionadas.	x	x	x
3. FIEBRE SUPERIOR A 38° C Puede ser señal de endometritis o salpingitis, en estos casos el retiro del DIU es indicativo	x	x	x
4. REVISIÓN DEL DIU. INDICACIONES. - Verificar la presencia de hilos, una vez cada semana durante el primer mes post inserción. - Ante cualquier sospecha de expulsión: molestia propia o de la pareja en el coito, sangrados abundantes, amenorrea no usual, ausencia de los hilos, dolor abdominal bajo. - Después del primer mes, revisar los hilos luego de la menstruación de manera periódica.	x	x	x
5. REVISIÓN DEL DIU. PROCEDIMIENTO. - Indique a la mujer que se lave las manos minuciosamente con agua y jabón. - Colocarse en posición de cuclillas - Introducir 1 o 2 dedos en la vagina hasta tocar los hilos del DIU. No debe traccionar de ellos. - Lavarse las manos nuevamente.	x	x	x

MANEJO DE PROBLEMAS CON EL DIU DE LNG (Además de los mencionados para el DIU-Cu)	I	II	III
1. SANGRADO ESCASO, IRREGULAR O AMENORREA - Indique que si es irregular es pasajero y no peligroso, cederá en unos meses. - Indique que no es un problema, es parte del efecto farmacológico. - La mujer debe esperar períodos menstruales más escasos o incluso amenorrea por atrofia decidualizante reversible del endometrio. Se revierte con el retiro del DIU-LNG, pero no es motivo para la extracción con una buena asesoría.	x	x	x
2. EFECTOS PROGESTACIONALES DEL DIU-LNG Aunque la absorción a circulación sistémica es mínima puede observarse cefalea, tensión mamaria, acné, hirsutismo o quistes ováricos que ceden con medidas generales o tratamiento sintomático.	x	x	x

PROTOCOLO DE RETIRO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE O DE LNG.	I	II	III
1. Verifique las razones de la usuaria para el retiro: - Solicitud de la usuaria por causa médica - Solicitud de la usuaria por causa personal.	x	x	x
2. Verifique las razones médicas para el retiro: - Embarazo con DIU (la extracción inmediata si los hilos son visibles ofrece menos riesgos de aborto, parto pretérmino, ruptura de membranas y corioamnionitis que la no remoción del DIU). - Enfermedad pélvica inflamatoria aguda (endometritis o salpingitis) - Perforación del útero durante la inserción. - DIU dislocado o fuera de posición - Sangrado abundante que afecta los parámetros hematológicos de la usuaria. - Al terminar la vida útil de 10 o 5 años, dependiendo si es de Cu o LNG respectivamente. - Al año de diagnosticada la menopausia.	x	x	x
3. Explique a la mujer (y a su pareja) lo que se va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.	x	x	x
4. Brinde apoyo emocional continuo. Aliente a la mujer a comunicar si existe algún tipo de molestia.	x	x	x
5. Asegúrese de que la usuaria brinde su consentimiento informado de manera libre y registre en la historia clínica su decisión.	x	x	x

6.	Explique la posibilidad de sentir molestia durante algún paso del procedimiento y que usted le avisará con anticipación.	x	x	x
7.	Verifique que la paciente haya vaciado su vejiga en forma reciente y se coloque una bata quirúrgica en un lugar que brinde privacidad.	x	x	x
8.	Organice el instrumental para asegurarse de que dispone de: • Guantes estériles. • Espejo vaginal descartable. • Pinza de Aro. • Gasas estériles. • DIU nuevo en su envase original (si aplica nueva inserción).	x	x	x
9.	Asegure la disponibilidad de DIU nuevo, sin alteración de la integridad del empaque y con fecha de caducidad vigente, si la mujer desea colocarse otro DIU inmediatamente.	x	x	x
10.	Lávese las manos minuciosamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.	x	x	x
11.	Colocación de barreras protectoras: guantes estériles y gafas (deseable, aunque no indispensable: gorra, mascarilla, y bata quirúrgica).	x	x	x
12.	Solicite a la mujer se coloque en posición ginecológica.	x	x	x
13.	Con una mano separe los labios vaginales e introduzca el espejo vaginal.	x	x	x
14.	Si considera oportuno, tome muestra para citología cérvico vaginal.	x	x	x
15.	Con una pinza de Aro atrape los hilos del DIU, traccione lenta y suavemente hacia fuera de la cavidad uterina y vaginal.	x	x	x
16.	Verifique la existencia de sangrado o dolor.	x	x	x
17.	Si la mujer lo desea (o su pareja o acompañante) indique el dispositivo retirado para su total certeza y tranquilidad del retiro efectivo.	x	x	x
18.	Si los hilos no son visibles o es muy difícil la extracción, debe dilatarse ligeramente el cuello del útero para poder ubicar con un fórceps los hilos. • Si no está capacitado para este procedimiento, NO lo intente.	x	x	x
19.	Comunique a la usuaria la dificultad y disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable.	x	x	x
20.	Verifique si hay sangrado, dolor, náusea, mareo, debilidad u otra molestia vasovagal antes de que se incorpore lentamente.	x	x	x

21. Instruya a la paciente sobre la atención post retiro y/o inserción inmediata de nuevo DIU, y la aparición de las señales de peligro: fiebre, dolor y/o sangrado.	x	x	x
22. Registre en la historia clínica de la usuaria la fecha de retiro del DIU. Si el retiro fue por embarazo oriente a la consulta de control prenatal.	x	x	x
23. Brinde asesoría según el caso en anticoncepción o en cuidados preconcepcionales.	x	x	x
24. Felicite a la mujer (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x

MANEJO DE LAS VISITAS SUBSECUENTES	I	II	III
1. Durante esta visita establezca si la mujer: • Está satisfecha con el método que eligió de manera informada. • Presenta algún efecto secundario o problema con el método. • Presentó problemas de salud después de la inserción. • Tiene inquietudes.	x	x	x
2. Resuelva cualquier situación que se presente, aclare cualquier duda o pregunta, refuerce las ventajas del método.	x	x	x
3. Explique a la usuaria que debe regresar en 4 a 6 semanas, el segundo control será dentro de 6 meses y posteriormente puede ser cada año. Sin embargo puede regresar en cualquier momento frente a alguna duda.	x	x	x
4. Felicite a la mujer (y a su pareja o acompañante) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x

Métodos Temporales de Barrera

Condón Masculino y Femenino

Condón

Método de barrera que impide el contacto entre el semen y la mucosa vaginal. Único método que también protege contra infecciones de transmisión sexual. Otra denominación técnica puede ser preservativo.

Condón masculino

Funda o cubierta de látex que se coloca sobre el pene erecto del hombre.

Condón femenino

Funda o cubierta de poliuretano que se inserta en la vagina de la mujer. Viene prelubricada con un líquido a base de silicona, consta de un anillo interno en el extremo cerrado que sirve para la inserción y otro anillo externo, más amplio que queda fuera de la vagina y recubre los genitales externos femeninos.

Protección contra ITS

Único método que reduce el riesgo de ITS-VIH y SIDA. En el caso de VIH y SIDA, usados en forma correcta, reduce del 80 al 95% la posibilidad de transmisión. También impiden la transmisión de gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis: protegen parcialmente contra el herpes virus y el papiloma virus humano.

CÓDIGO

Z30
Z30-0
Z30-4

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la anticoncepción
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Supervisión del uso de drogas anticonceptivas

PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL USO DE CONDÓN MASCULINO Y FEMENINO
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Según la asesoría general de anticoncepción, verifique nuevamente los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
2. INDICACIONES: • Relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes. • Dudas de la monogamia de la pareja. • Más de una pareja sexual. • El usuario/a o su pareja tienen una infección que puede transmitirse por relaciones sexuales (VIH y SIDA, Hepatitis B y C). • Como apoyo a otros métodos anticonceptivos. • Como apoyo durante las primeras 20 - 30 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: • Alergia conocida al látex. • Requiere de su uso correcto para generar todas las ventajas y disminuir los riesgos de embarazo y de ITS/VIH y SIDA.	x	x	x
4. Si la usuaria/o elige de manera informada la Anticoncepción con Condón masculino o femenino y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
5. Comunique la tasa de efectividad para el CONDÓN MASCULINO: • Efectivo: La posibilidad de un embarazo es baja con el uso correcto: 3 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. • La posibilidad de un embarazo es media con el uso común: 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.	x	x	x
6. Comunique la tasa de efectividad para el CONDÓN FEMENINO: • Efectivo, pero menos que el condón masculino. • La posibilidad de un embarazo es baja con el uso correcto: 5 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. • La posibilidad de un embarazo es media con el uso común: 21 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.	x	x	x
7. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS CONDONES: • Forma una barrera que impide la entrada de espermatozoides y gérmenes infecciosos a la vagina cuando se lo usa correctamente, por ello puede evitar un embarazo y prevenir la transmisión de ITS/VIH y SIDA.	x	x	x

8.	Explique la importancia de la doble protección, considere la combinación del condón con otro método eficaz para una mayor protección del embarazo. Si el usuario/a decide de manera informada que el condón es la mejor alternativa de anticoncepción, proceda con los siguientes pasos.	x	x	x
9.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DEL CONDÓN: • Previene el embarazo eficazmente. • Ayuda a prevenir el contagio de ITS/VIH y SIDA, EPI, cervicitis. • El hombre toma responsabilidad en la salud sexual de la pareja • Puede ayudar a proteger contra patologías secundarias a las ITS, como la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), infertilidad, cáncer cervical. • No posee efectos secundarios de tipo hormonal • Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación de su uso. • Fáciles de obtener. No necesita ser suministrado por un proveedor de salud. • El condón femenino es más resistentes que el masculino. • El condón femenino por su textura suave y lubricada, no afecta la sensación durante el acto sexual. • Algunas mujeres reportan mayor estimulación sexual por el contacto con el anillo externo del condón femenino.	x	x	x
10.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DEL CONDÓN: • Algunos usuarios se quejan de disminución de sensibilidad o pérdida de la erección. • El usuario/a y la pareja deben estar bien asesoradas sobre el uso correcto del condón. • Pueden causar irritación de los genitales por alergia al látex • La alergia al látex del condón masculino puede causar discomfort. • Pueden debilitarse, deslizarse o romperse durante su uso. • El condón femenino puede ser ruidoso durante la relación sexual. • Las mujeres en riesgo de embarazo deben ser claramente informadas que un uso no correcto del preservativo se relaciona a falla del método.	x	x	x





*Condón masculino
(preservativo)*

CONDÓN MASCULINO

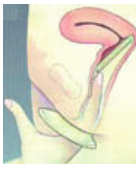
EXPLIQUE LA FORMA DE USO CORRECTO DEL CONDÓN MASCULINO		I	II	III
1.	Verifique que el empaque del condón esté cerrado, no tenga deterioro y la fecha de caducidad aún esté vigente.	x	x	x
2.	Use un condón NUEVO para cada relación sexual. No son reutilizables.	x	x	x
3.	Abra el paquete que contiene el condón, rasgando uno de los bordes. No utilice los dientes u objetos cortopunzantes.	x	x	x
4.	Sostenga el condón de tal manera que el extremo enrollado quede hacia arriba.	x	x	x
5.	Coloque el condón en la punta del pene, cuando esté erecto, ANTES de que exista cualquier contacto sexual.			
6.	Presione la punta del condón contra el pene para sacar el aire residual.	x	x	x
7.	Desenrolle el condón desde la punta hasta la base del pene. Deje un pequeño espacio sin aire entre el condón y la punta del pene para la recolección del semen. Este paso debe realizarse fácilmente, de otra forma lo más probable es que el condón esté al revés.			
	No usar lubricantes con base oleosa (vaselina, loción, crema, aceite de bebé, aceite mineral), pues dañan el látex del condón.	x	x	x
	El hombre o la mujer deben guiar la punta del pene dentro de la vagina al intentar la penetración.			
DEMUESTRE AL USUARIO/A, LA MANERA DE QUITAR EL CONDÓN MASCULINO.		I	II	III
8.	Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga la base del condón y retire el pene de la vagina mientras esté erecto.	x	x	x
9.	Retire el condón del pene, teniendo precaución de no derramar el semen.	x	x	x
10.	Enrollar el condón usado, envolver en papel higiénico y deséchelo al recipiente de basura. No use el condón más de una vez.	x	x	x

* Es recomendable el uso de gráficos o modelos anatómicos (si dispone), que mejoren la comprensión del uso correcto



Condón femenino

CONDÓN FEMENINO

EXPLIQUE LA FORMA DE USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO		I	II	III
1. Revise que el empaque esté sellado.		x	x	x
2. Verifique la fecha de vencimiento (duración de 5 años a partir de su elaboración).		x	x	x
3. Lave sus manos antes de introducir el condón femenino.		x	x	x
4. Antes de cualquier contacto físico, introduzca el condón en la vagina, puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación sexual.		x	x	x
5. Elija una posición cómoda para la inserción, en cuclillas, sentada o recostada.		x	x	x
6. Frote los dos extremos del condón femenino para distribuir el lubricante		x	x	x
7. Sostenga el anillo interno (extremo cerrado) y apriételo de modo que quede largo y angosto.		x	x	x
8. Con la otra mano separe los labios mayores y ubique la abertura de la vaginal.		x	x	x
9. Suavemente empuje el anillo interno dentro de la vaginal lo que más pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición, el anillo interno tiene que quedar 2 a 3 cm cerca del cuello uterino y el anillo externo fuera de la vagina.		x	x	x
10. El hombre o la mujer deben guiar la punta del pene dentro del anillo externo al intentar la penetración.		x	x	x
DEMUESTRE A LA USUARIA LA MANERA DE QUITAR EL CONDÓN FEMENINO.		I	II	III
11. Inmediatamente después de la eyaculación, el hombre tiene que retirar el pene.		x	x	x
12. Sostenga el anillo externo y gírelo sobre su eje para dejar dentro los fluidos y retirarlo suavemente de la vagina evitando el escurrimiento de semen.		x	x	x
13. No es necesario retirar el condón femenino inmediatamente, se lo puede hacer antes de incorporarse para evitar derramar el semen.		x	x	x
14. Envuelva al condón en su empaque o en papel higiénico y deséchelo al recipiente de basura. No use el condón femenino más de una vez.		x	x	x

* Es recomendable el uso de gráficos o modelos anatómicos (si dispone), que mejoren la comprensión del uso correcto

**RECOMENDACIONES FINALES DEL USO DEL CONDÓN
MASCULINO Y FEMENINO**

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. ASEGURESE DE QUE EL USUARIO/A HA COMPRENDIDO EL USO DEL CONDÓN. Solicite de considerarlo necesario una réplica del modo de uso del condón.	x	x	x
2. Explique el uso de anticoncepción de emergencia si existe mal uso o falla del método (Ver Protocolo de AE).	x	x	x
3. Discuta cualquier duda e inquietud que se presente durante el asesoramiento.	x	x	x
4. ENTREGUE A CADA USUARIO/A, UN ABASTECIMIENTO SUFICIENTE DE CONDOMES. - La cantidad de condones a entregar varía entre los usuarios/as. - Realice la entrega preguntando al hombre/mujer cuantos va a necesitar. - Por motivos logísticos se estima entregar 15 condones por mes. - Si las relaciones por mes van a ser frecuentes, recomiende otro método anticonceptivo más eficaz.	x	x	x
5. Indique al usuario/a que puede regresar en cualquier momento, especialmente si existe alguna duda sobre el uso correcto del condón.	x	x	x
6. Si la mujer tiene un retraso menstrual o amenorrea de más de 7 días de su fecha probable de menstruación indique una cita de seguimiento inmediatamente.	x	x	x
7. Felicite a la mujer/hombre por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x



Métodos Naturales

Método de amenorrea de lactancia (MELA)

Lactancia materna

Alimentación con leche materna. Las ventajas para el bienestar y la salud del recién nacido, de la madre y la economía familiar son insuperables.

Método de lactancia materna (MELA)

Es un método de planificación familiar temporal, basado en la lactancia exclusiva en el que la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones:

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna
- Amenorrea
- Recién nacido/a menor de 6 meses

CÓDIGO

Z30

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la anticoncepción



*Método de amenorrea
de la lactancia (MELA)*

PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL MÉTODO DE AMENORREA DE LACTANCIA
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Aplique los pasos 1 al 12 del Protocolo de Asesoría General en Anticoncepción.	x	x	x
2. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer prefiere el uso de MELA, verifique nuevamente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
3. Verifique que la mujer candidata al uso tenga INDICACIONES de MELA por cumplir las siguientes condiciones: • Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera. • Contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar y/o religiosa. • Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo. • Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna. • Amenorrea y recién nacido menor de 6 meses.	x	x	x
4. CONTRAINDICACIONES: No recomiende este método si la mujer presenta las siguientes condiciones: • Mujeres con contraindicación de lactancia • Mujeres con VIH y SIDA • Retorno a ciclos menstruales regulares o irregulares • Lactancia materna no exclusiva o con el uso de sucedáneos de leche materna • Recién nacidos con condiciones que dificulten la correcta lactancia y succión (prematurados, bajo peso, malformaciones orofaciales) • Mujeres que durante la lactancia estén utilizando medicamentos como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, bromocriptina, corticoides, drogas radioactivas, litio, anticoagulantes, antidepresivos, ansiolíticos.	x	x	x
5. Si la usuaria elige de manera informada el MELA, y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción respete y apoye la decisión. Informe a la usuaria que la tasa de efectividad del MELA con el uso ideal es < 1:100 mujeres/6 meses, con el uso común 2:100 mujeres podrían embarazarse dentro de los seis primeros meses.	x	x	x

6. RATIFIQUE LAS TRES CONDICIONES NECESARIAS PARA EL USO DEL MELA: La mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones para que se impida la ovulación: 1. Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna. 2. Amenorrea. 3. Recién nacido menor de 6 meses.	x	x	x
7. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DEL MELA • Es un método natural, se inicia inmediatamente luego del parto o cesárea. • No posee efectos secundarios de tipo hormonal. • No implica gasto económico. • Promueve el amamantamiento y garantiza la alimentación ideal de todo recién nacido. • Fácil de usar. • No interfiere con el coito. • No requiere supervisión por parte del personal de salud. • No requiere de insumos anticonceptivos. • Reduce el sangrado posparto.	x	x	x
8. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DEL MELA • Si no se cumple con las 3 condiciones mencionadas la eficacia disminuye • NO es posible conocer si el nivel de eficacia es óptimo, incluso si se cumplen las 3 condiciones mencionadas. • Difícil de mantener a largo plazo sin asesoría adecuada. • Circunstancias sociales, laborales pueden limitar su uso. • No protege de las ITS incluyendo el VIH y SIDA (recomiende el uso de condón). • Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia.	x	x	x
9. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DEL TIPO DE MÉTODO. EI MELA es un método anticonceptivo que requiere del cumplimiento de las 3 condiciones básicas de elegibilidad. Si alguno de las 3 condiciones no se cumplen, se debe asesorare en el inicio de otro método de anticoncepción acorde con lactancia materna.	x	x	x
10. Registre la elección del método en la historia clínica.	x	x	x
11. Felicite a la usuaria (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva	x	x	x

Conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de fertilidad

Conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de la fertilidad

Las conductas anticonceptivas son conocidas como abstinencia periódica o conductas naturales. Implican la abstinencia periódica o el uso de otro método durante el período fértil de la usuaria.

Período fértil femenino

Para determinar el período fértil femenino existen 2 métodos:

- Uso del calendario, determinan los días fértiles en base al ciclo menstrual.
- Uso de los signos y síntomas del período fértil, como son: moco cervical y temperatura corporal basal (TCB).

CÓDIGO

Z30

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la anticoncepción

LAS MUJERES PARA QUIENES UN EMBARAZO PODRÍA REPRESENTAR UNA CONDICIÓN NO ACEPTADA Y CONLLEVARÍA RIESGOS PARA SU SALUD Y SU VIDA DEBEN SER INFORMADAS QUE ESTAS CONDUCTAS PODRÍAN NO SER APROPIADAS PARA ELLAS DEBIDO A SU ALTO PORCENTAJE DE FALLAS EN EL USO TÍPICO.

INCLUSIVE EL USO CORRECTO DE ESTAS CONDUCTAS DETERMINA ALTA PROBABILIDAD DE EMBARAZO.

**PROTOCOLO DE MANEJO PARA CONDUCTAS ANTICONCEPTIVAS
BASADAS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD**
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer prefiere el uso de las conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de la fertilidad de la mujer, verifique nuevamente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
2. INDICACIONES: • Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera. • Contraindicación de índole moral, familiar y/o religiosa o filosófica. • Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: • Pacientes con riesgo de incumplimiento de las conductas por falta de colaboración de la pareja. • Usuarías portadores o con riesgo de ITS/VIH y SIDA. • Lactancia materna con amenorrea de más de 6 meses. • Mujer con ciclos irregulares (con o sin lactancia materna) que impidan predecir el momento de ovulación. • Usuarías con dificultades para la cabal comprensión del método. • Período postmenárquico inmediato. • Período perimenopáusico. • Infecciones y trastornos del tracto reproductivo que cursen con sangrado irregular y/o flujo vaginal que altere la temperatura y las características del moco cervical.	x	x	x
4. Si la usuaria elige de manera informada las conductas anticonceptivas basadas en la fertilidad de la mujer, y decide que es la mejor alternativa de contracepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
5. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS CONDUCTAS ANTICONCEPTIVAS BASADAS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER: • Procuran evitar el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante la identificación de los cambios relacionados a los probables momentos fértiles de la mujer. • Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que estas conductas podrían no ser apropiadas para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.	x	x	x

6.	Si la mujer (y su pareja) decide informadamente que las conductas basadas en el conocimiento de la fertilidad femenina son las más apropiadas para su necesidad, asegúrese de que la usuaria (y su pareja) comprenda que las mujeres en quienes el embarazo representa un riesgo importante las conductas basadas en el conocimiento de la fertilidad no son la mejor elección anticonceptiva por su alto porcentaje de fallas con su uso común.	x	x	x
7.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER. - No posee efectos colaterales. - Las mujeres se involucran en el conocimiento de su cuerpo y su fertilidad. - La pareja también toma responsabilidad en el método.	x	x	x
8.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DE LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER - No protegen contra ITS. - Los dos miembros de la pareja deben estar totalmente de acuerdo en escoger este método para evitar frustraciones. - Puede ser una actividad muy restrictiva para algunas personas/parejas. - Es susceptible de abandonar su uso de manera muy frecuente. - NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón aunque no tenga penetración). - No es un método recomendable en adolescentes. - Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia si su comportamiento sexual cambia.	x	x	x
9.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DEL TIPO DE MÉTODO: La abstinencia es un método anticonceptivo que requiere de gran convicción. Si decide iniciar o reanudar la actividad sexual debe disponer de otro método de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia.	x	x	x
10.	Registre la elección del método en la Historia Clínica en el formulario correspondiente	x	x	x
11.	Felicite a la usuaria (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x
MOMENTO DE INICIO DE LAS CONDUCTAS ANTICONCEPTIVAS RELACIONADAS AL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD		I	II	III
12.	Siempre y cuando la usuaria tenga ciclos menstruales regulares entre 26 y 32 días se debe dar inicio al método, en cualquier momento.	x	x	x

**PROTOCOLO DE MANEJO PARA CONDUCTAS ANTICONCEPTIVAS
BASADAS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD**
(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Si en la asesoría general de anticoncepción la mujer prefiere el uso de las conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de la fertilidad de la mujer, verifique nuevamente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos para confirmar indicación y descartar contraindicaciones.	x	x	x
2. INDICACIONES: • Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera. • Contraindicación de índole moral, familiar y/o religiosa o filosófica. • Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.	x	x	x
3. CONTRAINDICACIONES: • Pacientes con riesgo de incumplimiento de las conductas por falta de colaboración de la pareja. • Usuarías portadores o con riesgo de ITS/VIH y SIDA. • Lactancia materna con amenorrea de más de 6 meses. • Mujer con ciclos irregulares (con o sin lactancia materna) que impidan predecir el momento de ovulación. • Usuarías con dificultades para la cabal comprensión del método. • Período postmenárquico inmediato. • Período perimenopáusico. • Infecciones y trastornos del tracto reproductivo que cursen con sangrado irregular y/o flujo vaginal que altere la temperatura y las características del moco cervical.	x	x	x
4. Si la usuaria elige de manera informada las conductas anticonceptivas basadas en la fertilidad de la mujer, y decide que es la mejor alternativa de contracepción respete y apoye la decisión.	x	x	x
5. RATIFIQUE EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS CONDUCTAS ANTICONCEPTIVAS BASADAS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER: • Procuran evitar el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante la identificación de los cambios relacionados a los probables momentos fértiles de la mujer. • Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que estas conductas podrían no ser apropiadas para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.	x	x	x

6.	Si la mujer (y su pareja) decide informadamente que las conductas basadas en el conocimiento de la fertilidad femenina son las más apropiadas para su necesidad, asegúrese de que la usuaria (y su pareja) comprenda que las mujeres en quienes el embarazo representa un riesgo importante las conductas basadas en el conocimiento de la fertilidad no son la mejor elección anticonceptiva por su alto porcentaje de fallas con su uso común.	x	x	x
7.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER. - No posee efectos colaterales. - Las mujeres se involucran en el conocimiento de su cuerpo y su fertilidad. - La pareja también toma responsabilidad en el método.	x	x	x
8.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DE LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER - No protegen contra ITS. - Los dos miembros de la pareja deben estar totalmente de acuerdo en escoger este método para evitar frustraciones. - Puede ser una actividad muy restrictiva para algunas personas/parejas. - Es susceptible de abandonar su uso de manera muy frecuente. - NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón aunque no tenga penetración). - No es un método recomendable en adolescentes. - Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia si su comportamiento sexual cambia.	x	x	x
9.	DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DEL TIPO DE MÉTODO: La abstinencia es un método anticonceptivo que requiere de gran convicción. Si decide iniciar o reanudar la actividad sexual debe disponer de otro método de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia.	x	x	x
10.	Registre la elección del método en la Historia Clínica en el formulario correspondiente	x	x	x
11.	Felicite a la usuaria (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x
MOMENTO DE INICIO DE LAS CONDUCTAS ANTICONCEPTIVAS RELACIONADAS AL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD		I	II	III
12.	Siempre y cuando la usuaria tenga ciclos menstruales regulares entre 26 y 32 días se debe dar inicio al método, en cualquier momento.	x	x	x

MANEJO DE VISITAS SUBSECUENTES.

PROTOCOLO	I	II	III
1. Indique a la usuaria y a su pareja que son bienvenidos en cualquier momento.	x	x	x
2. Deben acudir en caso de cualquier duda o pregunta o si existe el temor o sospecha de embarazo	x	x	x
3. Recomiende que regrese para una visita en un tiempo determinado (puede ser 3 meses) con el fin de evaluar la adherencia y el cumplimiento del método, así como para responder cualquier inquietud o definir si se requiere cambiar a un método más eficaz.	x	x	x
4. Provea de condones suficientes, cuando sea necesario por riesgo de ITS-VIH y SIDA	x	x	x
5. Explique la opción de uso de la anticoncepción de emergencia (ver protocolo).	x	x	x
6. Pregunte si existe satisfacción con el método	x	x	x
7. Pregunte si existe alguna duda o dificultad para identificar los días fértiles o para evitar tener relaciones en estos días.	x	x	x
8. Pregunte si existe alguna dificultad en el uso del condón.	x	x	x
9. Pregunte si no ha tenido algún problema de salud desde que se inició el método.	x	x	x
10. Pregunte si existe algún cambio en las necesidades de la usuaria: deseo de embarazo o riesgo de ITS/ VIH y SIDA	x	x	x
11. Si la usuaria y/o su pareja presenta cualquiera de las características siguientes, debe asesorarse firmemente para optar informadamente por un cambio de método más seguro: • dificultades para evitar tener relaciones en los días fértiles, • dificultad para el uso de un método de respaldo durante los días fértiles. • si tiene ciclos irregulares de menos de 26 o más de 32 días. • si presenta amenorrea por lactancia • dificultad para reconocer el moco cervical o la toma de temperatura.	x	x	x
12. Felicite a la usuaria (y a su pareja) por cuidar de su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.	x	x	x

Métodos Definitivos Quirúrgicos

Anticoncepción quirúrgica

Intervención quirúrgica a través de la cual se realiza un procedimiento de esterilización mecánica que impide de manera definitiva el encuentro del óvulo y el espermatozoide.

Ligadura de trompas salpingoclasia, o salpingoligadura

Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica femenina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de las Trompas de Falopio. Puede realizarse posparto, transcesárea o en el intervalo intergenésico.

Vasectomía.

Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica masculina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de los conductos deferentes.

CÓDIGO

Z30
Z30 -2

CODIFICACIÓN CIE 10

Atención para la anticoncepción
Esterilización

PROTOCOLO DE MANEJO PARA VASECTOMÍA Y LIGADURA DE TROMPAS

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Salude a su paciente (y a su pareja o acompañante) presentándose como profesional capacitado en planificación familiar.	x	x	x
2. Reciba con calidez a su paciente (y a su pareja o acompañante), brinde un ambiente confortable que asegure confidencialidad.	x	x	x
3. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo.	x	x	x
4. Garantice la compañía permanente de la pareja o acompañante que su paciente elija en todas las instancias de la consulta, (si así lo prefiere el paciente).	x	x	x
5. Escuche atentamente y responda con claridad a todas sus preguntas e inquietudes a cada paso del procedimiento.	x	x	x
6. Realice la consulta de asesoría de planificación familiar (Ver protocolo) para informar de todas las alternativas a su paciente (y su pareja o acompañante) para que pueda realizar una elección informada.	x	x	x
7. Si su paciente no tiene Historia Clínica, realice una breve anamnesis con énfasis en salud sexual y salud reproductiva y antecedentes o factores que puedan influir en la decisión o pertinencia del método a elegir.	x	x	x
8. Si su paciente ya tiene Historia Clínica, actualice los datos pertinentes.	x	x	x
9. Realice evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	x	x	x
10. Realice evaluación genital para descartar factores locales que impidan o retrasen la cirugía. Descarte contraindicaciones.	x	x	x
11. Revise la lista de verificación de criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos quirúrgicos definitivos para verificar la conveniencia de este tipo de método	x	x	x
12. Generalmente NO es necesario realizar exámenes de rutina prequirúrgica.	x	x	x
13. Revise la existencia de exámenes de laboratorio recientes.	x	x	x
14. Si el paciente tiene factores de riesgo o enfermedades concomitantes o crónicas (Ver criterios de elegibilidad) se deben realizar: biometría hemática, pruebas de coagulación, glucosa, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado), según las necesidades de el/la usuario/a y criterio médico	x	x	x

15. Si en la asesoría de planificación familiar y por Historia Clínica, es candidato/a a anticoncepción quirúrgica definitiva y decide de manera informada que es la mejor alternativa de anticoncepción, proceda con los siguientes pasos.	x	x	x
16. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS VENTAJAS DE LA VASECTOMÍA O LIGADURA DE TROMPAS. • Son métodos seguros, eficaces y permanentes. • La posibilidad de falla tanto de la ligadura como de la vasectomía es mínima (con adecuada técnica quirúrgica). • La posibilidad de falla de la ligadura de trompas es mínima. • No interfiere con las relaciones sexuales. • No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. • Las complicaciones posquirúrgicas son raras • La ligadura de trompas es efectiva inmediatamente. No requiere otro método de refuerzo. • La vasectomía es efectiva luego de 20 a 30 eyaculaciones, por lo que se recomienda el uso de preservativo por tres meses aproximadamente luego de la cirugía. • En la vasectomía su paciente se involucra responsablemente en la salud sexual y salud reproductiva de la pareja. • La vasectomía es una cirugía menor, ambulatoria, poco dolorosa que se realiza con anestesia local y por ello no requiere de ayuno. • Los dos métodos requieren aproximadamente de una a dos horas de observación posquirúrgica en la unidad. • La vasectomía es técnicamente más sencilla, con menos efectos secundarios y menor costo que la ligadura de trompas.	x	x	x
17. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DE LAS DESVENTAJAS DE LA VASECTOMÍA O LIGADURA DE TROMPAS: • Son métodos permanentes, definitivos. • Cambio de decisión o arrepentimiento pos vasectomía. • Los riesgos quirúrgicos son raros, incluyen: infección, sangrado y fracaso en mínima proporción. • La vasectomía es totalmente efectiva 12 semanas después del procedimiento (o 20-30 eyaculaciones con preservativo después de la vasectomía). • NO previenen las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, si existe riesgo de ITS).	x	x	x

18. DISCUTA Y REFUERCE EL ENTENDIMIENTO DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO: • Puede realizarse en cualquier momento que su paciente lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas. • La cirugía es ambulatoria o de corta estancia. • Es definitiva, existe gran dificultad para garantizar un retorno a la fertilidad luego de una recanalización de conductos tubáricos o deferentes.	x	x	x
19. Si su paciente presenta dudas respecto a la decisión, plantee la posibilidad de otros métodos anticonceptivos alternativos.	x	x	x
20. Si el paciente está decidido, asegúrese de llenar un consentimiento informado firmado por el paciente o su representante autorizado. NO se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja para la toma de decisión de anticoncepción quirúrgica, aunque siempre es deseable que sea una decisión de pareja.	x	x	x
21. Si su paciente ha firmado el consentimiento informado, disponga su ingreso a la unidad operativa para una atención ambulatoria o de corta estancia; o refiera de manera oportuna al nivel de resolución superior, envíe a su paciente con la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el consentimiento informado firmado.	x	x	x

MANEJO PREQUIRÚRGICO DE VASECTOMÍA Y LIGADURA DE TROMPAS.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

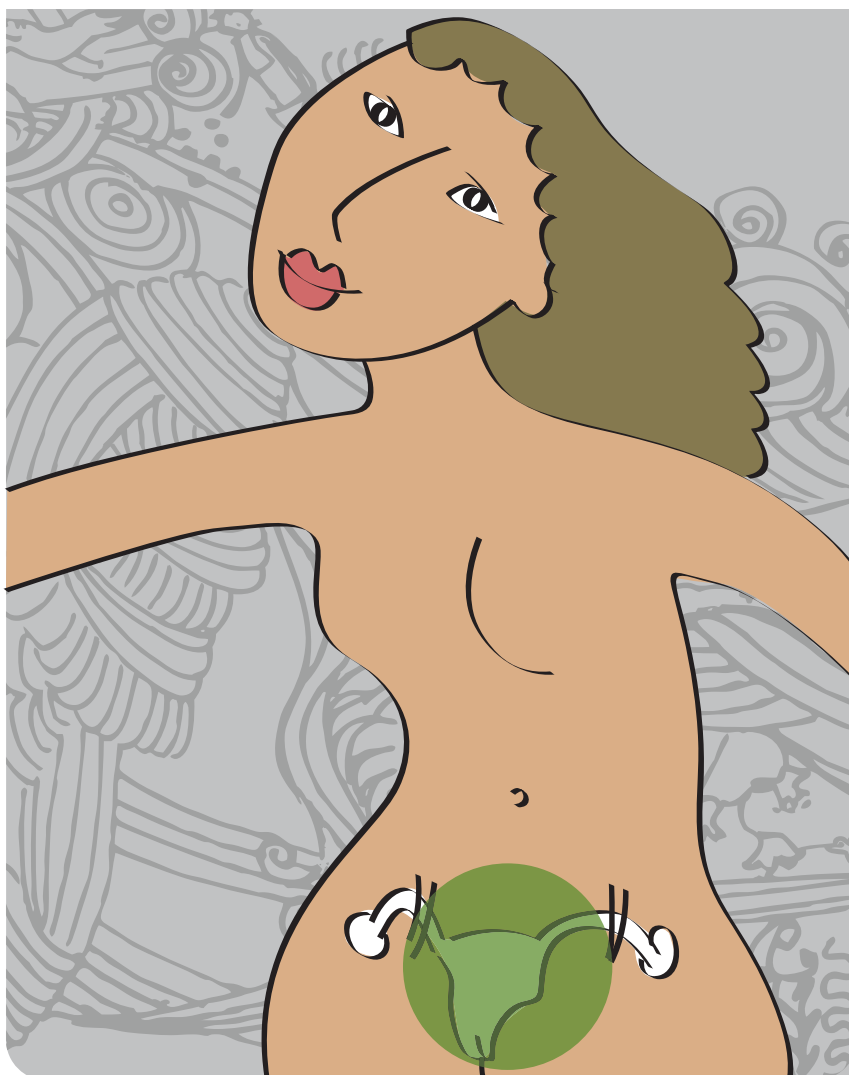
PROTOCOLO	NIVEL		
	I	II	III
1. Los niveles II y III son los encargados de realizar la intervención quirúrgica con el personal que tenga entrenamiento y práctica quirúrgica.		x	x
2. Salude a su paciente (y su pareja o acompañante) presentándose como profesional capacitado en la técnica quirúrgica.		x	x
3. Reciba con calidez a su paciente (y su pareja o acompañante), brinde un ambiente confortable que asegure confidencialidad.		x	x
4. Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo.		x	x
5. Si en la asesoría de planificación familiar (Ver protocolo) su paciente ha decidido de manera informada que la anticoncepción quirúrgica es la mejor alternativa, proceda con los siguientes pasos.		x	x
6. Revise la Historia Clínica del paciente y los exámenes disponibles.		x	x
7. Tranquilice al paciente e informe sobre el procedimiento a cada paso.		x	x
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.		x	x
9. Realice chequeo clínico que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.		x	x
10. Realice evaluación genital para descartar factores locales que impidan o retrasen la cirugía (Ver contraindicaciones – precauciones).		x	x
11. Registre la existencia de exámenes de laboratorio recientes y del consentimiento informado.		x	x
12. RECORTE el vello 30 minutos antes de la cirugía exclusivamente si es muy abundante en el área operatoria. NO RASURE.		x	x
13. Solicite a su paciente que vacíe espontáneamente la vejiga.		x	x
14. Retire prótesis y joyas.		x	x
15. Tranquilice a la pareja y familiares acompañantes antes de trasladar al área de procedimientos a su paciente.		x	x



Vasectomía
(Esterilización masculina)

VASECTOMÍA

PROTOCOLO DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE VASECTOMÍA (La vasectomía la realizará el personal con entrenamiento y práctica específicos en esta intervención).	NIVEL		
	I	II	III
1. Ingreso al área adecuada para procedimientos de cirugía menor.		x	x
2. Brinde un ambiente de calidez y confortable que asegure tranquilidad.		x	x
3. Prepare la mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario (por parte de enfermería).		x	x
4. Coloque al paciente en posición decúbito dorsal con el área genital descubierta. Trate a todo momento de evitar incomodidad en el paciente.		x	x
5. Monitorización frecuente (o continua si es disponible) de tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y nivel de conciencia.		x	x
6. Administre un analgésico IM (diclofenaco 75 mg IM) o VO (paracetamol 1 g VO).		x	x
7. Lavado quirúrgico de manos con 5 ml de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.		x	x
8. Colóquese barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.		x	x
9. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico perineal y genital con solución antiséptica.		x	x
10. Colocación de campos quirúrgicos estériles.		x	x
11. Palpación de los conductos deferentes.		x	x
12. Aplicación de anestésico local.		x	x
13. Realización de corte o punción (Vasectomía sin bisturí) sobre piel en dirección al conducto deferente.		x	x
14. Identificación, exteriorización, ligadura, exéresis y electro fulguración (si disponible) del conducto deferente (procedimiento bilateral).		x	x
15. Síntesis de piel con punto suelto de sutura sintética no absorbible 00 o 000.		x	x
16. Retiro de material y revisión de hemostasia.		x	x
17. Vendaje adhesivo de la zona.		x	x
18. LA VASECTOMÍA SIN BISTURÍ se realiza a través de una punción pequeña que se abre en la piel escrotal. No se requiere de suturas posteriores. El tiempo operatorio se reduce a la mitad del correspondiente al método convencional. Además existe menor dolor, menor riesgo de sangrado así como una recuperación más rápida		x	x
19. NO se requiere profilaxis antibiótica.		x	x
20. Instrucciones al usuario para luego del procedimiento.		x	x



*Ligadura
(Esterilización femenina)*

LIGADURA DE TROMPAS

PROTOCOLO DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LIGADURA DE TROMPAS. (La ligadura la realizará el personal con entrenamiento y práctica específicos en esta intervención).	NIVEL		
	I	II	III
1. Ingreso al área adecuada para procedimientos de cirugía menor.		x	x
2. Brinde un ambiente de calidez y confortable que asegure tranquilidad.		x	x
3. Canalice una vía periférica con Catlón N°16 para vehiculizar anestésicos, sedantes y/o analgésicos.		x	x
4. Determine con el anesthesiólogo el mejor tipo de anestesia en función de las características de la paciente y de la cirugía a realizarse (minilap, abierta o laparoscópica): peridural, raquídea o general. Prepare y proceda a la aplicación de la anestesia adecuada.		x	x
5. Determine e indique a la paciente el lugar de la incisión quirúrgica a realizar: transversal subumbilical de 2-3 cm (ligadura posparto) o transversal suprapúbica de 3 a 6 cm (ligadura de intervalo)..		x	x
6. Prepare la mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario (por parte de enfermería).		x	x
7. Coloque al paciente en posición decúbito dorsal con el área genital descubierta. Trate a todo momento de evitar incomodidad en la paciente.		x	x
8. Monitorización frecuente (o continua si es disponible) de tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y nivel de conciencia.		x	x
9. Administre un analgésico IV (AINES si no tiene alergia o contraindicación).		x	x
10. Lavado quirúrgico de manos con 5 ml de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.		x	x
11. Colóquese barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.		x	x
12. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico con solución antiséptica.		x	x
13. Colocación de campos quirúrgicos estériles.		x	x
14. Incisión descrita que comprometa piel y TCS		x	x
15. Apertura transversal cortante de aponeurosis muscular.		x	x
16. Apertura media de plano de músculos rectos y peritoneo parietal.		x	x
17. Exposición del campo quirúrgico.		x	x
18. Identificación, pinzamiento, sección, ligadura y electro fulguración (si disponible) de la Trompa de Falopio (procedimiento bilateral). La técnica quirúrgica a realizar depende de la experiencia del cirujano y las condiciones de los anexos: Pomeroy, Pomeroy modificada, Savulescu o frimbriectomía.		x	x
19. Revisión de hemostasia		x	x
20. Síntesis de aproximación de plano muscular con sutura sintética 0		x	x
21. Síntesis festoneada de aponeurosis muscular con sutura sintética 1		x	x
22. Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica de sutura sintética no absorbible 00 o 000.		x	x
23. Vendaje adhesivo de la zona quirúrgica.		x	x
24. NO se requiere profilaxis antibiótica.		x	x
25. Instrucciones al usuario para luego del procedimiento.		x	x

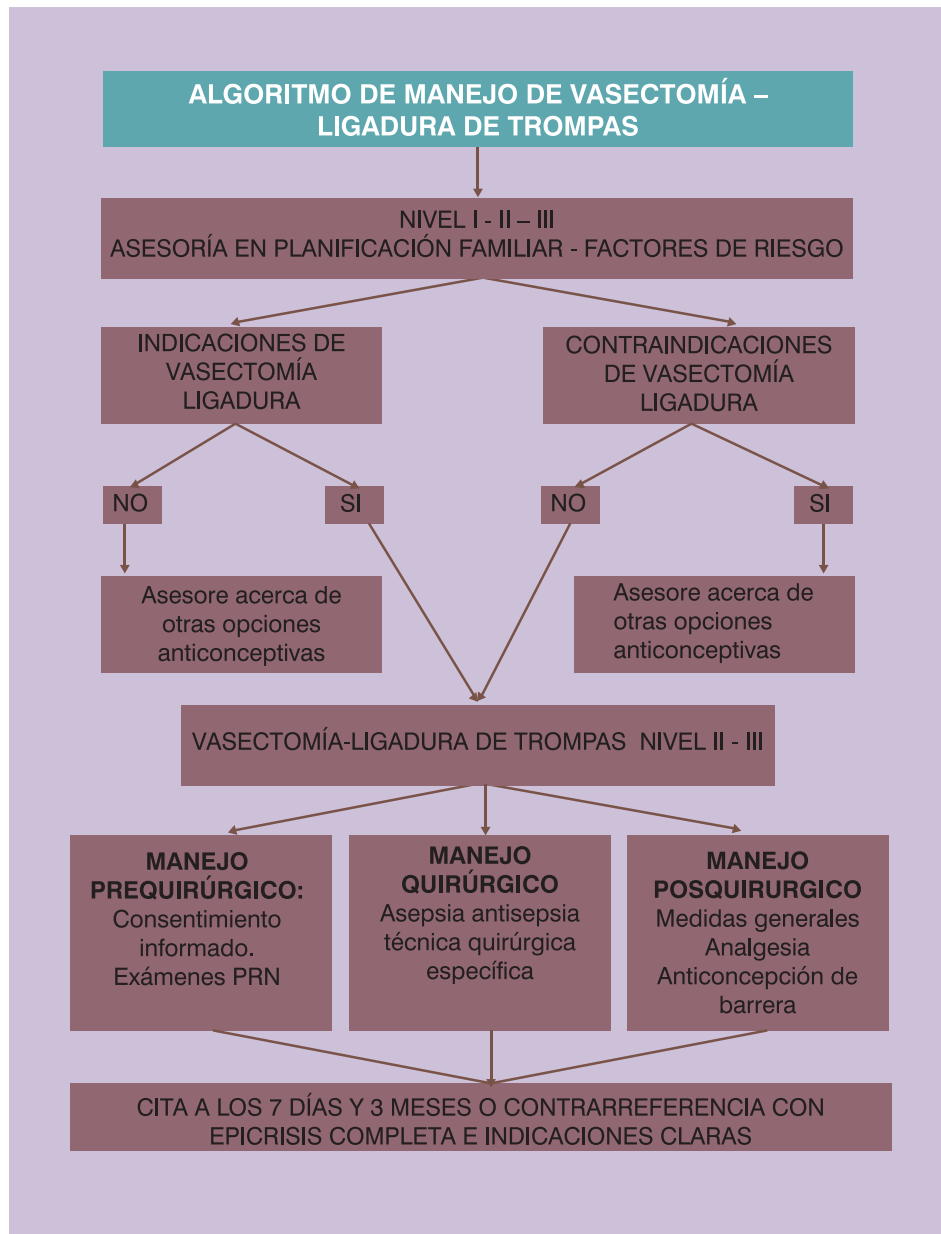
MANEJO POSQUIRÚRGICO DE VASECTOMÍA-LIGADURA.

(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)

PROTOCOLO DEL MANEJO POSQUIRÚRGICO DE VASECTOMÍA-LIGADURA.	NIVEL		
	I	II	III
1. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales, incluya la inspección del área operatoria y la existencia de sangrado o dolor por los 30 – 60 – 90 y 120 minutos siguientes.		x	x
2. No mantenga en NPO a su paciente. La tolerancia oral y dieta pueden ser iniciadas inmediatamente de terminada la cirugía.		x	x
3. Si el paciente no presenta dolor o sangrado en 30 – 60 minutos, proceda a dar el alta con indicaciones.		x	x
4. MEDIDAS GENERALES AL ALTA: • Dieta habitual. • Baño diario. • Mantener el área quirúrgica limpia y seca. • Actividad progresiva con limitación de esfuerzos físicos por 24-72 horas. • Restringir actividad sexual por al menos 72 horas. MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA VASECTOMÍA: • Recomende el uso de ropa interior ajustada. • Actividad sexual con uso de anticonceptivo de barrera como preservativo durante al menos 3 meses posteriores a la vasectomía. • Idealmente se recomienda acudir luego de 3 meses para establecer la ausencia de espermatozoides mediante un espermatograma. Si no puede regresar para este examen, realice la vasectomía sin inconvenientes (recuerde que es un procedimiento muy seguro).		x	x
5. MEDIDAS ANALGÉSICAS AL ALTA: • Indique al usuario/a que puede presentar molestia, hinchazón y equimosis en la zona de la herida quirúrgica que usualmente cederán en 2 a 3 días. • En caso de vasectomía indique compresas frías escrotales las primeras 4 horas para evitar dolor y sangrado. • Ibuprofeno (200 a 400 mg cada 8 horas por 5 días) o acetaminofén (500 a 1000 mg cada 8 horas por 5 días).		x	x
6. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ITS: • La vasectomía y la ligadura de trompas no previenen de infecciones de transmisión sexual. Es recomendable el uso de preservativo si su paciente es de riesgo.		x	x

7. MEDIDAS DE ALERTA: • Indique al paciente que debe regresar al servicio de salud sexual y salud reproductiva si se presenta cualquiera de las siguientes eventos: • Sangrado: si el sangrado es escaso, tranquilice al usuario e indique que el problema se resolverá espontáneamente en un par de días. Si el sangrado es importante podría ser necesario un drenaje quirúrgico. • Infección: si presenta secreción purulenta o fiebre, puede requerir limpieza y/o drenaje adecuado y desinfección de la herida, además de antibióticos.		X	X
8. Programe una cita para revisión de áreas quirúrgicas y retiro de puntos a los 7 días del procedimiento quirúrgico o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X
9. Felicite a su paciente por la decisión que ha tomado con la debida información.		X	X

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



V Anexos



LISTA DE VERIFICACIÓN DE AUSENCIA DE EMBARAZO

EXISTE SUFICIENTE CERTEZA DE QUE UNA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA SI:

- Su período menstrual comenzó dentro de los últimos 7 días.
- Dió a luz dentro de las últimas 4 semanas.
- Tuvo un aborto o pérdida en los últimos 7 días.
- Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su última menstruación.
- Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera consistente y correcta y su último período menstrual fue hace menos de 4 semanas.

Si confirma embarazo debe continuar con la asesoría y control prenatal.

EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

TASA DE EMBARAZOS NO DESEADOS POR CADA 100 MUJERES

MÉTODO	TASAS DE EMBARAZO PRIMER AÑO DE USO	
	USO CORRECTO	USO COMÚN
IMPLANTES	0,05	0,05
INYECTABLES MENSUALES	0,05	3
DIU DE LEVONORGESTREL	0,2	0,2
ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS	0,3	7 – 8
PARCHE COMBINADO	0,3	8
PÍLDORAS DE PROGESTINA SOLA	0,3	8
INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA	0,3	2 – 3
ESTERILIZACIÓN FEMENINA	0,5	0,5
DIU DE COBRE	0,6	0,8 – 2
MELA (PARA 6 MESES)	0,9	2
CONDONES MASCULINOS	2	10 – 15
MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD	3-5	24 – 25
SIN MÉTODO	85	85

Los datos presentados son referenciales y han sido adaptados de Planificación Familiar un Manual Mundial para Proveedores 2007.

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Los criterios Médicos de elegibilidad son una herramienta desarrollada por la OMS/OPS para una rápida verificación de la oportunidad del uso de un método anticonceptivo en función de las condiciones médicas de riesgo que podría presentar una usuaria de la unidad operativa.

Los criterios médicos de elegibilidad están diseñados para métodos anticonceptivos temporales y métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos.

CATEGORÍAS PARA MÉTODOS TEMPORALES

CATEGORÍA		JUICIO CLÍNICO DETALLADO
1	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.	Use el método en cualquier circunstancia.
2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.	En general, use el método.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.	En general, no se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptables.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo	No use el método.

CATEGORÍAS PARA MÉTODOS DEFINITIVOS

CATEGORÍA		JUICIO CLÍNICO DETALLADO
A	Aceptar	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.
C	Cuidado	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
R	Retrasar	El uso del método deberá demorarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos.
E	Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentado, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad de decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario derivar o si se demora por algún motivo.

TABLA GENERAL DE CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOP	AMPD	LNG/ETG	DIU-CU	DIU-LNG
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA							
POSTPARTO /POSTCESÁREA							
Mujeres con lactancia (ML)							
< 6 sem post parto/cesarea	4	4	3	3	3		
> 6 sem a 6 < 6 meses	3	3	3	1	1		
> 6 meses	2	2	1	1	1		
Mujeres sin lactancia (MSL)							
< 21 días	3	3	1	1	1		
> 21 días	1	1	1	1	1		
< DE 48 HORAS, incluye inserción inmediata luego del alumbramiento						1	1 MSL 3 ML
> 48 horas a 4 semanas						3	3
> 4 semanas						1	1
Sepsis puerperal						4	4
OBESIDAD							
(IMC) > 30 kg/m2	2	2	1	1	1	1	1
Menarquia < 18 años y > 30 Kg/m2 (IMC)	2	2	1	2	1	1	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLISMO PULMONAR (EP)							
Historia de TVP / EP	4	4	2	2	2	1	2
TVP / EP agudo	4	4	3	3	3	1	3
TVP / EP establecida con terapia anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	1	2
Cirugía mayor sin inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1	1
Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOP	AMPD	LNG/ETG	DIU-CU	DIU-LNG
LUPUS ERITEMATOSO CONGÉNITO							
Ac. Antifosfolipídicos positivos o desconocidos	4	4	3	3	3	1	3
Trombocitopenia severa	2	2	2	3	2	3	2
Tratamiento inmunosupresor	2	2	2	2	2	2	2
Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	1	2
ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL							
Niveles disminuidos o indetectables de B-hCG	1	1	1	1	1	3	3
Niveles elevados persistentes de b-hCG o enfermedad maligna	1	1	1	1	1	4	4
HEPATITIS VIRAL							
Aguda	3	3	1	1	1	1	1
Portador	1	1	1	1	1	1	1
Crónica	1	1	1	1	1	1	1
CIRROSIS							
Leve	1	1	1	1	1	1	1
Severa	4	3	3	3	3	1	3
TUMORES HEPÁTICOS							
Benignos	2	2	2	2	2	1	2
Adenoma Hepatocelular	4	3	3	3	3	1	3
Maligno	4	3	3	3	3	1	3
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES							
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4	4	2	2	2	1	2
TRASTORNOS DEPRESIVOS							
	1	1	1	1	1	1	1
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO							
FIBROMAS UTERINOS							
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOP	AMPD	LNG/ ETG	DIU-CU	DIU- LNG
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)							
Antecedentes de EPI (sin factores actuales de riesgo de ITS) Con embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	1
Sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	2	2
EPI actual	1	1	1	1	1	4	4
ITS							
Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonorrea actual	1	1	1	1	1	4	4
Otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	2	2
Vaginitis (incluye Tricomonas y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	2	2
Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	3	3
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS							
TERAPIA ANTIRETROVIRAL							
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	1	2	2
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa	2	2	2	1	2	2	2
Ritonavir	3	3	3	1	2	2	2
TERAPIA ANTICONVULSIVANTE							
Anticonvulsivantes (Fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, oxcarbacepina)	3	2	3	1	2	1	1
Lamotrigine	3	3	1	1	1	1	1
TERAPIA ANTIBIÓTICA							
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1
Antifúngicos	1	1	1	1	1	1	1
Antiparasitarios	1	1	1	1	1	1	1
Terapia con Rifampicina	3	2	3	1	2	1	1

Adaptado de Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Cuarta edición, OMS, 2009

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS	EXPLICACION
AINES	Antiinflamatorio no esteroidal
AIC	Anticonceptivos inyectables combinados
AIPS	Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de depósito
AOC	Anticonceptivos Orales Combinados
AOE	Anticoncepción de emergencia
AOP	Anticonceptivos orales solo de progestágeno
ARV	Antirretroviral
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CONASA	Consejo Nacional de Salud
DAIA	Distribución asegurada de insumos anticonceptivos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-Cu	Dispositivo Intrauterino de Cobre
DIU-LNG	Dispositivo Intrauterino de Levonorgester
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
DTN	Defectos del tubo neural
EP	Embolia Pulmonar
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
ETG	Etonorgestrel
FFAA	Fuerzas Armadas
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IMC	Índice de Masa Corporal
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LNG	Levonorgester
MELA	Método de Amenorrea de la Lactancia
MSP	Ministerio de Salud Pública
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
ODMS	Objetivos de desarrollo del milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSySR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
TCB	Temperatura Corporal Basal
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano



Bibliografía

DOCUMENTOS MINISTERIALES RELACIONADOS.

- **Protocolos de Atención Integral a Adolescentes.** Dirección de Normatización - MSP 2009.
- **Norma y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de género, Intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.** Dirección de Normatización - MSP 2009.
- **Plan Nacional de Reducción Acelerada de La Muerte Materna y Neonatal.** 2008
- **Norma y Protocolo Materno.** MSP. 2008.
- **CONASA, Política de Salud Sexual y Derechos Reproductivos,** Ecuador 2007
- **Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.** MSP. CONASA Subcomisión de Prestaciones. MSP. Quito – Ecuador. 2006.
- **Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.** ENDEMAIN. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social: Quito; 2004.
- **MSP – MODERSA.** Manual para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes y usuarios. Quito – Ecuador. 2004.

- **Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.** CONASA. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. V Revisión. 2004
- **MSP. Manual de Normas y procedimientos para la atención de salud reproductiva.** Ecuador 1999.
- **Guía Básica para la Atención y Manejo de las Emergencias Obstétricas por Niveles de Complejidad.** MSP – UNFPA – OPS. Dirección Ecuador. 1996.
- **Castelo, G.** Bases conceptuales de la Atención Integral a la salud de los/as adolescentes con énfasis en la Salud Reproductiva. MSP. Quito. 1995.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

- **Planificación Familiar: Un Manual para Proveedores OMS,** 2007.
- **Criterios Médicos de Elegibilidad para El uso de anticonceptivos.** Tercera edición OMS 2005.
- **Johns Hopkins, Ginecología Y Obstetricia,** Tomo 1, Editorial Marban 2º Edición, España – Madrid 2005.
- **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM),** Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional

sobre Población y Desarrollo (CIPD), documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

- Cabero R. Luis, Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 1: Editorial Panamericana, Madrid España, 2008
- Hartcher, RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS y Shelton JD. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore, Universidda de Jhon Hopkins. Programa de información en Población. 1999.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

- Guidelines for perinatal care/American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 6th ed. Oct. 2007. P.83-87.
- Planificación Familiar. Un Manual Mundial Para Proveedores. OMS. 2007.
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ª ed. OMS. 2005.
- Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª ed. OMS. 2005.
- Programa nacional de salud sexual y Procreación responsable Manual de apoyo Para el trabajo de los agentes de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2003.
- Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care - United States.
- Kim et al. Promoting Informed Choice: Evaluating A Decision-Making Tool for Family Planning Clients And Providers in Mexico International Family Planning Perspectives, 2005, 31(4):162-171.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ASESORÍA PRECONCEPCIONAL:

- Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care United States. Morbidity and Mortality Weekly Report. CDC. April 21, 2006 / Vol. 55 / No. RR-6
- Guidelines for perinatal care/American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 6th ed. Oct. 2007. P.83-87.
- Consulta Preconcepcional. Protocolos SEGO. 2b
- Wilson D et al. Pre-conceptual Vitamin/ Folic Acid Supplementation 2007: The Use of Folic Acid in Combination With a Multivitamin Supplement for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(12):1003-1013
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking and women's health. In: Special issues in women's health. Washington, DC: ACOG; 2005. P. 151-67.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Substance use: obstetric and gynecologic implications. In: Special issues in women's health. Washington, DC: ACOG; 2005 p. 105-150.
- Landry SH, Whitney JA. The impact of prenatal cocaine exposure: studies of

the developing infant. *Semin Perinatol* 1996;20:99-106.

- Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC. Prenatal alcohol exposure and long term developmental consequences. *Lancet* 1993;341:907-10.
- Czeizel AE. Prevention of congenital abnormalities by periconceptional multivitamin supplementation. *BMJ* 1993;306:1645-8.
- Eichholzer M, Tonz O, Zimmerman R. Folic acid: a public-health challenge. *Lancet* 2006;367:1852-61.
- Preconception health—folic acid for the primary prevention of neural tube defects. A resource document for health professionals. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/fa_af/report/full_report.html. Accessed May 12, 2007.
- Dietary Supplement Fact Sheet: Folate. Available at: http://ods.od.nih.gov/factsheets/Folate_pf.asp. Accessed May 12, 2007.
- Neural Tube Defects. American College of Obstetrics and Gynecology Educational Bulletin 2003;44:754-64.
- Eating well with Canada's Food Guide (Health Canada). Available at: <http://www.healthcanada.gc.ca/food-guide>. Accessed March 2007.
- Lopez-Camelo JS, Orioli IM, Dutra MDG, Nazer-Herrera J, Rivera N, Ojeda ME, et al. Reduction of birth prevalence rates of neural tube defects after folic acid fortification in Chile. *Am J Med Genet* 2005;135A:120-5.
- Cleves MA, Hobbs CA, Collins HB, Andrews N, Smith LN, Robbins JM. Folic acid use by women receiving routine

gynecologic care. *Obstet Gynecol* 2004;103:746-53.

- Goh YI, Bollano E, Einarson TR, Koren G. Prenatal multivitamin supplementation and rates of congenital anomalies: a meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28(8):680-9.
- Mahmud M, Mazza D. Preconception care for women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Womens Health*. 2010 Jan 31;10(1):5. [Epub ahead of print]
- Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter JK. Preconception Care. *Obstet Gynecol Surv*. 2010 Feb;65(2):119-31.
- Liu YH, Liu JM, Liu L, Ma R, Ye RW, Li S, Chen H, Xue MJ, Cheng LC, Wu LM, Pan YJ, Chen H, Li Z. The Relationship between prepregnancy body mass index and the occurrence of pregnancy induced hypertension. *LZhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2009 Apr;43(4):299-304
- Bonham VL, Knerr S, Feero WG, Stevens N, Jenkins JF, McBride CM. Patient Physical Characteristics and Primary Care Physician Decision Making in Preconception Genetic Screening. *Public Health Genomics*. 2009 Nov26. (Epub ahead of print).
- Witworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4):CD007536
- Zhang L, Cox RG, Graham J, Johnson D. Association of Maternal Medical Conditions and Unfavorable Birth Outcomes: Findings from the 1996-2003 Mississippi Linked Birth and Death Data. *Matern Child Health J*. 2009 Sep 17 (Epub ahead of print).

- Torloni MR, Betrán AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, Valente O. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev.* 2009 Mar;10(2):194-203. Epub 2008 Nov 24.
- Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009 Feb 11;301(6):636-50.
- McCowan LM, Dekker GA, Chan E, Stewart A, Chappell LC, Hunter M, Moss-Morris R, North RA; SCOPE consortium. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *BMJ.* 2009 Mar 26;338:b1081.
- Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008 Sep;93(5):F351-61. Epub 2008 Jan 24.
- Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª ed. OMS. 2005
- Programa nacional de salud sexual y Procreación responsable Manual de apoyo Para el trabajo de los agentes de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2003
- Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care — United States
- Kim et al. Promoting Informed Choice: Evaluating A Decision-Making Tool for Family Planning Clients And Providers in Mexico International Family Planning Perspectives, 2005, 31(4):162–171

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ASESORÍA EN ADOLESCENTE QUE REQUIERE ANTICONCEPCIÓN:

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ASESORÍA GENERAL EN ANTICONCEPCIÓN:

- Guidelines for perinatal care/American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 6th ed. Oct. 2007. P.83-87.
- Planificación Familiar. Un Manual Mundial Para Proveedores. OMS. 2007
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ª ed. OMS. 2005
- Contraception. Issues in Adolescent Health and Development. World Health Organization. 2004
- Barnett, Barbara. Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: Guía para prestar servicios de Salud Reproductiva a los adolescentes. 2001, Family Health Internacional (FHI).
- Black A., Canadian Contraception Consensus-Update on Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28(4) 305-308
- Harel Z, Cromer B. The use of long acting contraceptives in adolescents. *Pediatric Clinics of North America.* 1999; 46(4):719-732

- Guideline. Contraceptive choices for young people. J Fam Plann Reprod Health Care 2004 Oct;30(4):237-50; quiz 251. [189 references]
- Marguerite M. Farrell, James E. Rosen, and Anne Terborgh. Reaching Indigenous Youth with Reproductive Health Information and Services. FOCUS on Young Adults. Research, Program and Policy Series. February. 1999. s/p. adolescents
- Cromer BA, Blair JM, Mahan JD., et al: A prospective comparison of bone density in adolescent girls on depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. J Pediatr. 1996 129:671-676
- Li CF, Lee SS, Pun TC A pilot study on the acceptability of levonorgestrel-releasing intrauterine device by young, single, nulliparous Chinese females following surgical abortion Contraception. 2004; 69(3):247-50.
- Gold M, Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. Pediatric Clinics of North America. 1999; 46(4): 695-717.
- Rieder J, Coupey S. The use of nonhormonal methods of contraception in adolescents. Pediatric Clinics of North America. 1999; 46(4): 671-693.
- Veldhuis HM, Vos AG, Lagro-Janssen AL. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. Eur J Gen Pract. 2004;10(3):82-7
- Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. N Engl J Med 2001;345:561- 56.
- Otero-Flores JB, Guerrero-Carreno FJ, Vazquez-Estrada LA. A comparative randomized study of three different IUDs in nulliparous Mexican women. Contraception 2003; 67(4): 273-6.
- Lete I, Morales P, de Pablo JL. Use of intrauterine contraceptive devices in nulliparous women: personal experience over a 12-year period. Eur J Contraceptive Reprod Health 1998; 3: 190-93.
- Ciarmatori S, Gogorza S., Velazco A., Martinez M, Testa R. DIU en nulíparas: complicaciones post colocación. Rev Asoc Med Arg Anticoncep 2005; 1: 13-17
- Coll Capdevilla C, Ramirez Polo IM, Martinez San Andrés F, Ramirez Hidalgo A, Bernabeu Pérez S, Diez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. Cap 22. En: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Soc. Española de Contracepción editor. Editorial: INO Reproducciones, Zaragoza, 2001. Pág: 729-71.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 Feb. 50 p. (Public health intervention guidance; no. 3).
- Contraception in adolescence. Issues in Adolescent Health and development. WHO. 2004
- Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Sociedad Argentina de Ginecología

- Infanto Juvenil. 2da ed. Buenos Aires. Ascune, 2003, Pp. 441-456.
- Méndez R. José M. et al. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo: Una visión latinoamericana. 2da ed. Buenos Aires. Ascune, 2005. Pp. 309-320.
 - Scholes D, Lacroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM, Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc med* 2005; 159:139-44
 - Moore KA, Driscoll AK, Lindberg LD. A Statistical Portrait of Adolescent Sex, Contraception, and Childbearing Washington DC. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1998: 11
 - Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;171 :184 –187
 - Davidson NW, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK, eds. *Comprehensive Adolescent Health Care*. St Louis, MO: Quality Medical Publishing Inc; 1992: 1026–1040
 - Klein J. / Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. *PEDIATRICS* Vol 116 N.1 Jul 2005 pp. 281-286
 - Trumper E., Anticoncepción en adolescencia, Editorial Ascune Hnos. Anticoncepción del Siglo XXI, Asociación médica Argentina de Anticoncepción. 1ª edición 2005, Cap. XIV, 475- 493.
 - Coll Capdevilla C, Ramirez Polo IM, Martinez San Andrés F, Ramirez Hidalgo A, Bernabeu Pérez S, Diez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. Cap 22. En: *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. Soc. Española de Contracepción editor. Editorial: INO Reproducciones, Zaragoza, 2001. Pág: 729-71.
 - Navratil F. Contraception for the mentally and physically disabled adolescent and for the adolescent with chronic diseases. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*, 2005 Oct; 45(4):247-50
 - Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch*. 2009 Feb;66(2):109-15.
 - Madelenat P, Koskas M; Groupe de reflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Nov;37(7):637-60. Epub 2008 Sep 27.
 - Loughlin J, Seeger JD, Eng PM, Foegh M, Clifford CR, Cutone J, Walker AM. Risk of hyperkalemia in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. *Contraception*. 2008 Nov; 78(5):377-83. Epub 2008 Aug 8.
 - Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
 - Godfrey EM, Memmel LM, Neustadt A, Shah M, Nicosia A, Moorthie M, Gilliam M. Intrauterine contraception for adolescents aged 14-18 years: a multicenter

randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A.

- Molina RC, Sandoval JZ, Montero AV, Oyarzún PG, Molina TG, González EA. Comparative performance of a combined injectable contraceptive (50 mg norethisterone enanthate plus 5 mg estradiol valerate) and a combined oral contraceptive (0,15 mg levonorgestrel plus ,03 mg ethinyl estradiol) in adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2009 Feb;22(1):25-31.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. Fertil Steril. 2008Nov;90(5 Suppl): S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. Drugs Today (Barc). 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. Am Fam Physician. 2002 May 15;65(10):2073-80.
- Falah-Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Rimpela A. The use of the vaginal ring and transdermal patch among adolescent girls in Finland. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010 Feb;15(1):31-4.
- Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. Paediatr Drugs. 2006;8(1):25-45.
- Raine TR, Epstein LB, Harper CC, Brown BA, Boyer CB. Attitudes toward the vaginal ring and transdermal patch among adolescents and young women. J Adolesc Health. 2009 Sep;45(3):262-7. Epub 2009 May 30.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ASESORÍA EN MUJERES PRÓXIMAS A LA MENOPAUSIA QUE REQUIERE ANTICONCEPCIÓN:

- Goldstuck ND. First insertion of an IUD in nulliparous women over 40 years of age.v Contracept Deliv Syst. 1981; 2(4):271-74.
- Contraception for women aged over 40 years. J Fam Plann Reprod Health Care 2005 Jan;31(1):51-63
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]
- Forrest JD. Timing of reproductive life stages. Obstet Gynecol. 1993;82 :105 -111
- The ESHRE Capri Workshop Group, (2009). Female contraception over 40. Hum Reprod Update 15: 599-612
- Glasier A, Gebbie A. Contraception for the older woman. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1996 Apr;10(1<9121-38.
- Guillebeaud J. Contraception for the older woman. J Obstet Gynaecol (Lahore). 1985 Jan;5Suppl 2:S70-7
- Odlind V, Milsom I, Andersson K, Netré P. Lakartidningen. 2000 Mar 1;97(9):956-8, 961-2, 964.

- French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Helmerhorst F, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD001776.
- Gindoff PR, Jewelewicz R. Reproductive potential in the older woman. *Fertil Steril*. 1986 Dec;46(6):989-1001.
- Bigrigg A, Evans M, Gbolade B, Newton J, Pollard L, Szarewski A, Thomas C, Walling M. Depo Provera. Position paper on clinical use, effectiveness and side effects. *Br J Fam Plann*. 1999 Jul;25(2):69-76.
- Brunner Huber LR, Huber KR. Contraceptive choices of women 35-44 years of age: findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Ann Epidemiol*. 2009 Nov;19(11):823-33. Epub 2009 Apr 25.
- Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch*. 2009 Feb;66(2):109-15.
- Tinelli A, Torresin L, Menis T. The perimenopause. Problems and therapeutic changes. *Minerva Ginecol*. 2002 Aug;54(4):339-48.
- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006033.
- Madelenat P, Koskas M; Groupe de reflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Nov;37(7):637-60. Epub 2008 Sep 27.
- Loughlin J, Seeger JD, Eng PM, Foegh M, Clifford CR, Cutone J, Walker AM. Risk of hyperkalemia in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. *Contraception*. 2008 Nov; 78(5):377-83. Epub 2008 Aug 8.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- van Hylckama Vlieg AM, Helmerhorst F, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2921
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5 Suppl): S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2002 May 15;65(10):2073-80.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ASESORÍA EN PERSONA CON DISCAPACIDADES QUE REQUIERE ANTICONCEPCIÓN:

- Planificación Familiar. Un Manual Mundial Para Proveedores. OMS. 2007
- Best K. Mental disabilities affect method options. Network. 1999 Winter;19(2):19-22.
- Leavesley G, Porter J. Sexuality, fertility and contraception in disability. Contraception 1982;26(4):417-41.
- Haefner; Leavesley; Neinstein L. Contraception in women with special medical needs. Comp Ther 1998;24(5):238.
- Beckman CR, Gittler M, Barzansky BM, et al. Gynecologic health care of women with disabilities. Obstet Gynecol 1989;74(1):75-79
- Ramírez A. Anticoncepción en Discapacitados. 9no Congreso de la Sociedad Española de Contracepción.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/day2007.shtml>
- Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. http://www.asambleaconstituyente.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability Salud Publica Mex. 2008;50 Suppl 2:s255-9
- Conod L, Servais L. Sexual life in subjects with intellectual disability. Salud Publica Mex. 2008;50 Suppl 2: s230-8
- Kaplan C. Special issues in contraception: caring for women with disabilities. J Midwifery Womens Health. 2006 Nov-Dec; 51(6):450-6
- Eastgate G. Sex, consent and intellectual disability. Aust Fam Physician. 2005 Mar;34(3):163-6.
- Mueck A, Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Kiesel L, Kuhl H. Contraception in women with special problems. Ther Umsch. 2009 Feb;66(2):117-28.
- Madelenat P, Koskas M; Groupe de reflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Nov;37(7):637-60. Epub 2008 Sep 27.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. Drugs Today (Barc). 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. Am Fam Physician. 2002 May 15;65(10):2073-80.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

- A van Hylckama Vlieg, F M Helmerhorst, J P Vandenbroucke, C J M Doggen, F R Rosendaal, The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009;339:b2921
- Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. 2005.
- Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception, 2007. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29 (7).
- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references]
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]
- Bosetti C, Negri E, Trichopoulos D, Franceschi S, Beral V, Tzonou A, et al. Long-term effects of oral contraceptives on ovarian cancer risk. *Int J Cancer* 2002;102(3):262-5.
- Gross TP, Schlesselman JJ. The estimated effect of oral contraceptive use on the cumulative risk of epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2003;83(3):419-24.
- Hankinson SE, Colditz GA, Hunter DJ, Spencer TL, Rosner B, Stampfer MJ. A quantitative assessment of oral contraceptive use and ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1992;80:708-14.
- Ness RB, Grisso JA, Klapper J, Schlesselman JJ, Silberzweig S, Vergona R, et al. Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristics of oral contraceptives. SHARE Study Group. *Steroid Hormones and Reproductions. Am J Epidemiol* 2000;152(3):233-41.
- Walker GR, Schlesselman JJ, Ness RB. Family history of cancer, oral contraceptive use, and ovarian cancer risk. *Am J Obstet Gynecol* 2003;186(1):8-14.
- Narod SA, Risch H, Moslehi R, Dorum A, Neuhausen S, Olsson H, et al. Oral contraceptives and the risk of hereditary ovarian cancer. *N Engl J Med* 1998;339(7):424-8.
- Royar J, Becher H, Chang-Claude J. Low-dose oral contraceptives: protective effect on ovarian cancer risk. *Int J Cancer* 2001;95(6):370-4.
- Schlesselman JJ. Risk of endometrial cancer in relation to use of combined oral contraceptives: a practitioner's guide to meta-analysis. *Hum Reprod* 1997;12:1851-63.
- Sherman ME, Sturgeon S, Brinton LA, Potischman N, Kurman RJ, Berman ML, et al. Risk factors and hormone levels in patients with serous and endometrioid

uterine carcinomas. *Mod Pathol* 1997;10:963–8

- Martinez ME, Grodstein F, Giovannucci E, Colditz GA, Speizer FE, Hennekens C, et al. A prospective study of reproductive factors, oral contraceptive use, and risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997;6:1–5.
- Fernandez E, La Vecchia C, Franceschi S, Braga C, Talamini R, Negri E, et al. Oral contraceptive use and risk of colorectal cancer. *Epidemiology* 1998;9:295–300.
- Franceschi S, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal tumors: a review of epidemiologic studies. *Contraception* 1998;58:335–43.
- Shulman LP. Oral contraceptives: risks. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2000;27(4):695–70
- Borgelt-Hansen L. Oral contraceptives: an update on health benefits and risks. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:875–86.
- Hatcher RA, Guillebaud MA. The pill: combined oral contraceptives. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr. W, Stewart GK, Guest F, editors. *Contraceptive technology*. New York: Ardent Media; 1998. p. 405–66.
- Lemay A, Poulin Y. Oral contraceptives as anti-androgenic treatment of acne. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24(7):559–67. Thiboutot D, Archer DF, Lemay A, Washenik K, Roberts J, Harrison DD. A randomized, controlled trial of a low-dose contraceptive containing 20 microg of ethinyl estradiol and 100 microg of levonorgestrel for acne treatment. *Fertil Steril* 2001;76(3):461
- Lucky AW, Henderson TA, Olson WH, Robisch DM, Lebwohl M, Swinyer LJ.

Effectiveness of norgestimate and ethinyl estradiol in treating moderate acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1997;37(5 Pt 1):746–54.

- Thorneycroft IH, Stanczyk FZ, Bradshaw KD, Ballagh SA, Nichols M, Weber ME. Effect of low-dose oral contraceptives on androgenic markers and acne. *Contraception*. 1999;60(5):255–62.
- Mango D, Ricci S, Manna P, et al. Clinical and hormonal effects of ethinyl estradiol combined with gestodene and desogestrel in young women with acne vulgaris. *Contraception* 1996;53:163–70.
- Carlborg L. Cyproterone acetate versus levonorgestrel combined with ethinyl estradiol in the treatment of acne: results of a multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1986;134:29–32.
- Van der Vange N, Blankenstein MA, Kloosterboer HJ, Haspels AA, Thijssen JH. Effects of seven low-dose combined oral contraceptives on sex hormone binding globulin, corticosteroid binding globulin, total and free testosterone. *Contraception* 1990;41:345–52
- Redmond G, Godwin AJ, Olson W, Lippman JS. Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence. *Contraception* 1999;60(2):81–5.
- Coney P, Washenik K, Langley RGB, DiGiovanna JJ, Harrison DD. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebo-controlled trials. *Contraception* 2001;63(6):297–302.
- Gupta S. Weight gain on the combined pill: is it real? *Hum Reprod Update* 2000;6(5):427–31.

- Endrikat J, Hite R, Bannemerschult R, Gerlinger C, Schmidt W. Multicenter, comparative study of cycle control, efficacy and tolerability of two low-dose oral contraceptives containing 20 microg ethinylestradiol/100 microg levonorgestrel and 20 microg ethinylestradiol/500 microg norethisterone. *Contraception* 2001;64(1):3-10.
- Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch.* 2009 Feb;66(2):109-15.
- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD006033.
- Loughlin J, Seeger JD, Eng PM, Foegh M, Clifford CR, Cutone J, Walker AM. Risk of hyperkalemia in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. *Contraception.* 2008 Nov; 78(5):377-83. Epub 2008 Aug 8.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- van Hylckama Vlieg Am Helmerhorst F, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ.* 2009 Aug 13;339:b2921.
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD004317.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5 Suppl): S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc).* 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician.* 2002 May 15;65(10):2073-80.
- López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate Start of hormonal contraceptives for contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD006260.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS:

- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]

- Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. 2005.
- Fotherby K, Howard G. Return of fertility in women discontinuing injectable contraceptives. *J Obstet Gynaecol* 1986;6(Suppl 2):S110-5.
- Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch*. 2009 Feb;66(2):109-15.
- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006033.
- Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, d'Arcangues C. Combination injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD004568.
- Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF, d'Arcangues C, Lopez LM. Combination Injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3): CD004568
- Molina RC, Sandoval JZ, Montero AV, Oyarzún PG, Molina TG, González EA. Comparative performance of a combined injectable contraceptive (50 mg norethisterone enanthate plus 5 mg estradiol valerate) and a combined oral contraceptive (0,15 mg levonorgestrel plus ,03 mg ethinyl estradiol) in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009 Feb;22(1):25-31.
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD004317.
- Bahamondes L, Juliato CT, Villareal M, Sobreira-Lima B, Simoes JA, dos Santos Fernandes AM. Bone mineral density in users of two kinds of once a month combined injectable contraceptives. *Contraception*. 2006 Sep;74(3):259-63. Epub 2006 May 12.
- Bulent Tiras M, Noyan V, Fener N, Guner H, Yildirim M, Darney PD. Effects of a monthly injectable steroidal contraceptive, Mesigyna, on menstrual pattern, lipoproteins, and coagulation parameters. *Contraception*. 2001 Mar;63(3):151-3.
- Bassol S, Cravioto MC, Durand M, Bailon R, Carranza S, Fugarolas J, Gaona R, Parada LM, Celis C, Santoyo S, Garza-Flores J, Vazquez L, Lopez C, Gurucharri C, Novelli J, Carneiro de Oliveira H, Mendez J, de Andrade ME, de Mello NR, de Melo K, Chada E, Yassle ME, Castañeda A, Gomez P, Arboleda C, Trujillo L, Bucheli R, Hidalgo I, Olavide R, Parejaros J, Succar J, Reyes-Marquez R, Albrecht G. Mesigyna once a month combined injectable contraceptive: experience in Latin America. *Contraception*. 2000 May 61(5):309-16.
- Koetsawang S. Once a month injectable contraceptives: efficacy and reasons for discontinuation. *Contraception*. 1994 Apr;49(4):387-98.
- Bassol S, Hernandez C, Nava MP, Trujillo AM, Luz de la Cruz D. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once a month injectable contraceptives. *Contraception*. 1995 May;51(5):307-11.

- Bassol S, Garza-Flores J. Review of ovulation return upon discontinuation of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*. 1994 May;49(5):441-53.
 - Giwa-Osagie OF. Metabolic effects of once-a-month combined injectable contraceptives. The World Health Organization Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation, Geneva, Switzerland. *Contraception*. 1994 May;49(5):421-33.
 - Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5 Suppl): S103-13.
 - Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Dec;44(12):905-23.
 - Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64.
 - Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2002 May 15;65(10):2073-80.
 - López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate Start of hormonal contraceptives for contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006260.
 - Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs*. 2006;8(1):25-45.
 - Fraser IS. Vaginal bleeding patterns in women using once a month injectable contraceptives. *Contraception*. 1994 Apr;49(4):399-420.
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS COMBINADOS:**
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]
 - Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. 2005.
 - Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Parche transdérmico y anillo vaginal versus anticonceptivos orales combinados para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 - Abrams LS, Skee DM, Natarajan J, Wong FA, Anderson GD. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylloestradiol at four application sites. *Br J Clin Pharmacol* 2002;53(2):141-6.

- Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch*. 2009 Feb;66(2):109-15.
- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006033.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD004317.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5 Suppl):S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Dec;44(12):905-23.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64.
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2002 May 15;65(10):2073-80.
- Massaro M, Di Carlo C, Gargano V, Formisano C, Bifulco G, Nappi C. Effects of the contraceptive match and the vaginal ring on bone metabolism and bone mineral density: a prospective, controlled randomized study. *Contraception*. 2010 Mar;81(3):209-214. Epub 2009 Oct 29.
- Falah-Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Rimpela A. The use of the vaginal ring and transdermal patch among adolescent girls in Finland. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010 Feb;15(1):31-4.
- Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin match and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 2;(1):CD003552.
- López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate Start of hormonal contraceptives for contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006260.
- Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs*. 2006;8(1):25-45.
- Raine TR, Epstein LB, Harper CC, Brown BA, Boyer CB. Attitudes toward the vaginal ring and transdermal patch among adolescents and young women. *J Adolesc Health*. 2009 Sep;45(3):262-7. Epub 2009 May 30.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES DE PROGESTINA SOLA:

- A van Hylckama Vlieg, F M Helmerhorst, J P Vandenbroucke, C J M Doggen, F R Rosendaal, The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009;339:

- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references]
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]
- Anticoncepción hormonal y Salud Ósea. Nota de Información Para el Personal Sanitario. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS, 2007. www.who.int/reproductive-health
- Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. 2005.
- Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch.* 2009 Feb;66(2):109-15.
- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD006033.
- Madelenat P, Koskas M; Groupe de reflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008 Nov;37(7):637-60. Epub 2008 Sep 27.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: nacional follow-up study. *BMJ.* 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- Freeman S, Shulman LP. Considerations for the use of progestin-only contraceptives. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010 Feb;22(2):81-91.
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD004317.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5 Suppl): S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc).* 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD007541.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician.* 2002 May 15;65(10):2073-80.

- López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate Stara of hormonal contraceptives for contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD006260.
 - Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. Paediatr Drugs. 2006;8(1):25-45.
 - Draper BH, Morroni C, Hoffman M, Smit J, Beksinska M, Hapgood J, Van der Merwe L. Medroxiprogesterona de depósito versus enantato de noretisterona para la anticoncepción con progestágenos de larga duración (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.
 - Pardthaisong T. Return of fertility after use of the injectable contraceptive Depo Provera: up-dated data analysis. J Biosoc Sci 1984;16:23-34.
 - Scholes D, Lacroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. Epidemiology 2002; 13:581-7
 - Fotherby K, Howard G. Return of fertility in women discontinuing injectable contraceptives. J Obstet Gynaecol 1986;6(Suppl 2):S110-5.
 - Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a review. Contraception 1974;10:181-202.
 - Bigrigg A, Evans M, Gbolade B, Newton J, Pollard L, Szarewski A, Thomas C, Walling M. Depo Provera. Position paper on clinical use, effectiveness and side effects. Br J Fam Plann. 1999 Jul;25(2):69-76.
 - Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. Ther Umsch. 2009 Feb;66(2):109-15.
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA:**
- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. J Fam Plann Reprod Health Care 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references]
 - Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. J Fam Plann Reprod Health Care 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]
 - Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. 2005.
 - Black A., Canadian Contraception Consensus-Update on Depot Medroxiprogesterone Acetate (DMPA) J Obstet Gynaecol Can 2006; 28(4) 305-308

- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006033.
 - Madelenat P, Koskas M; Groupe de reflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Nov;37(7):637-60. Epub 2008 Sep 27.
 - Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
 - Freeman S, Shulman LP. Considerations for the use of progestin-only contraceptives. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010 Feb;22(2):81-91.
 - Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD004317.
 - Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*. 2008 Nov;90(5 Suppl): S103-13.
 - Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Dec; 44(12):905-23.
 - Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64.
 - Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2002 May 15;65(10):2073-80.
 - López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate Start of hormonal contraceptives for contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006260.
 - Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs*. 2006;8(1):25-45.
- BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPTIVOS CON IMPLANTES**
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit. Progestogen-only implants. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2008 Apr. 16 p. [55 references]
 - Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references]
 - Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40). [71 references]

- Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. 2005.
- HICKEY, M. and D'ARCANGUES, C. Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives. *Contraception* 65(1): 75-84. Jan. 2002.
- HICKEY, M. and D'ARCANGUES, C. Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives. *Contraception* 65(1): 75-84. Jan. 2002.
- ORGANON. Implanon® Product Monograph. 2005. 84 p.
- Neulen J, Thaler C, Birkhauser M, Braendle W, Keller PJ, Kiesel L, Kuhl H, Mueck A. Contraception in adolescence and perimenopause. *Ther Umsch*. 2009 Feb;66(2):109-15.
- Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006033.
- Madelenat P, Koskas M; Groupe de reflexion sur la contraception progestative. Update on the progestin-only contraception. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Nov;37(7):637-60. Epub 2008 Sep 27.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 2009 Dec; 80(6):519-26. Epub 2009 Jul 10.
- Freeman S, Shulman LP. Considerations for the use of progestin-only contraceptives. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010 Feb;22(2):81-91.
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD004317.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2002 May 15;65(10):2073-80.
- López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate Start of hormonal contraceptives for contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006260.
- Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs*. 2006;8(1):25-45.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA:

- Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M. et. al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001, 63:111.
- Croxatto, H.B., Fuentealba, B., Brache, V. et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function. *Contraception* 2002, 65:121.
- Durand, M., Cravioto, M.C., Raymond E.G. et. al. On the mechanism of action of short-term Levonorgestrel (LNG) administration in emergency contraception. *Contraception* 2001, 64:227.
- Hapangama, D., Glasier, A.F., Baird, D.T. The effects of pre-ovulatory administration of the Levonorgestrel (LNG) on the menstrual cycle. *Contraception* 2001, 63:123.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. *Boletín Médico IPPF* 2000, 34 (3).
- Kesserü, E., Garmendia, F., Westphal, N. et al. The hormonal and peripheral effects of d-Norgestrel in postcoital contraception. *Contraception* 1974, 10:411.
- Marions, L., Danielsson, K.G., Hultenby, K. et al. Emergency contraception with mifepristone and evonorgestrel: mechanism of action. *Obstet. Gynecol.* 2002, 100:65.
- Piaggio, G., von Hertzen, H., Grimes, D.A. et. al. On behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel (LNG) or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999, 353:9154.
- Raymond, E.G., Lovely, L.P., Chen-Mok, M. et. al. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial activity. *Hum. Reprod.* 2000, 15:2355.
- Vasilakis, C., Jick, S.S., Jick, H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 1999, 59:79.
- Wilcox, A.J., Weinberg, C.R., Baird, D.D. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *New Engl. J. Med.* 1995, 333:1517-21.
- World Health Organization (WHO, 1998a). Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FRH7FPP798.19, Geneva, 1998.
- World Health Organization (WHO, 1998b). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of Levonorgestrel (LNG) versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998, 352:428-33.
- Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:531-7.
- Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, et al. Mechanism of

action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature.

- Cheng L, Gülmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Gold M, Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. *Pediatric Clinics of North America*. 1999; 46(4): 695-717.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*. 2008 Nov;90 (5 Suppl): S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Freeman S, Shulman LP. Considerations for the use of progestin-only contraceptives. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010 Feb;22(2):81-91.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician*. 2002 May 15;65(10):2073-80.
- Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs*. 2006;8(1):25-45.
- Halpern V, Raymond EG, Lopez LM. Repeated use of pre – and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD007595.
- Cheng L, Gulmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD001324.
- Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18;(2): CD005497
- Patel S, Miller MK, Dowd MD. Patient characteristics and provider practice patterns for emergency contraception in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2010 Jan;26(1):6-9.
- Durand M, Larrea F, Schiavon R. Mechanisms of action of emergency contraception. *Salud Publica Mex*. 2009 May-Jun;51(3):255-61
- Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod*. 2004 Jun;19(6):1352-6 Epub 2004 Apr 22.
- Baird DT. Emergency contraception: how does it work? *Reprod Biomed Online*. 2009;18 Suppl 1:32-6.

- Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*. 2004 Jul-Aug;10(4):341-8. Epub 2004 Jun 10.
- Gainer E, Kenfack B, Mboudou E, Doh AS, Bouyer J. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2006 Aug; 74 (2):118-24. Epub 2006 Apr 27.
- Weisberg E, Fraser IS. Rights to emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Aug;106(2):160-3. Epub 2009 Jun 18.
- Sivin I. IUDs are contraceptives, not abortifacients: a comment on research and belief. *Stud Fam Plann* 1989; 20:355-9.
- Ortiz ME, Croxatto HB, Bardin CW. Mechanisms of action in intrauterine devices. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51(12 Suppl):S42-S51.
- Wilcox AJ, Weinberg CR, Armstrong EG, Canfield RE. Urinary human chorionic gonadotropin among intrauterine device users: detection with a highly specific and sensitive assay. *Fertil Steril* 1987; 47:265-9.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE COBRE

- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references]
- Arumugam K, Tai FM. Return of fertility after long-term use of the intrauterine device. *Med Sci Res*. 1991;19(6):183.
- Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos. Asociación Médica de Anticoncepción de Argentina.
- Videlo-Rivero L, Etchepareborda JJ, Kessler E. Early chorionic activity in women bearing inert IUD, copper IUD, and levonorgestrel releasing IUD. *Contraception* 1987; 36:217-26.
- Li CF, Lee SS, Pun TC. A pilot study on the acceptability of levonorgestrel-releasing intrauterine device by young, single, nulliparous Chinese females following surgical abortion. *Contraception*. 2004; 69(3):247-50.
- Ortiz, M.E., Croxatto H. The mode of action of IUD. *Contraception* 1987; 36(1):37-53
- Mishell DR. Intrauterine devices: mechanisms of actions, safety and efficacy. *Contraception* 1998;58:458-538.
- Alvarez F. et al. New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. *Fertil Steril* 1988;49:768-73.
- Famurals A et al. The menstrual cycle in women using an intrauterine device. *Fertil Steril* 1980; 34: 627- 30
- Etchepareborda J. Mecanismos de acción de los dispositivos intrauterinos. *Revista de SAEGRE*. 2001;3:(2),43-46.
- Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic

- inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception*. 2006; 73:145-53.
- Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356: 1013-1019
 - Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992;339:785-788
 - Goldstuck ND. First insertion of an IUD in nulliparous women over 40 years of age. *Contracept Deliv Syst*. 1981; 2(4):271-74
 - Veldhuis HM, Vos AG, Lagro-Janssen AL. Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous women. *Eur J Gen Pract*. 2004;10(3):82-7
 - Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345:561- 56.
 - Otero-Flores JB, Guerrero-Carreno FJ, Vazquez-Estrada LA. A comparative randomized study of three different IUDs in nulliparous Mexican women. *Contraception* 2003; 67(4): 273-6.
 - Lete I, Morales P, de Pablo JL. Use of intrauterine contraceptive devices in nulliparous women: personal experience over a 12-year period. *Eur J Contraceptive Reprod Health* 1998; 3: 190-93.
 - Arumugam K, Tai FM. Return of fertility after long-term use of the intrauterine device. *Med Sci Res*. 1991;19(6):183.
 - Ciarmatori S, Gogorza S., Velazco A., Martinez M, Testa R. DIU en nulíparas: complicaciones post colocación. *Rev Asoc Med Arg Anticoncep* 2005; 1: 13-17
 - Coll Capdevilla C, Ramirez Polo IM, Martinez San Andrés F, Ramirez Hidalgo A, Bernabeu Pérez S, Diez Febrer E. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. Cap 22. En: *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. Soc. Española de Contracepción editor. Editorial: INO Reproducciones, Zaragoza, 2001. Pág: 729-71.
 - Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos. Asociación Médica de Anticoncepción de Argentina.
 - Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper – intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvis inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15: 143-9.
 - Sodeberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24: 137-43
 - Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-5
 - Godfrey EM, Memmel LM, Neustadt A, Shah M, Nicosia A, Moorhise M, Gilliam M. Intrauterine contraception for adolescents aged 14-18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A.
 - Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertil Steril*. 2008Nov;90(5 Suppl): S103-13.
 - Benagiano G, Gabelnick H, Farris M. Contraceptive devices: intravaginal and

intrauterine delivery systems. *Expert Rev Med Devices*. 2008 Sep;5(5):639-54.

- Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. *Paediatr Drugs*. 2006;8(1):25-45.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS CON LEVONORGESTREL

- Guideline. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Apr;30(2):99-108; quiz 109. [97 references]
- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references]
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (April 2005). Drug interactions with hormonal contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Apr;31(2):139-51. [117 references]
- Videlo-Rivero L, Etchepareborda JJ, Kesseru E. Early chorionic activity in women bearing inert IUD, copper IUD, and levonorgestrel releasing IUD. *Contraception* 1987; 36:217-26.
- Sivin I. IUDs are contraceptives, not abortifacients: a comment on research and belief. *Stud Fam Plann* 1989; 20:355-9.
- Li CF, Lee SS, Pun TC A pilot study on the acceptability of levonorgestrel-releasing intrauterine device by young, single, nulliparous Chinese females following surgical abortion *Contraception*. 2004; 69(3):247-50.
- French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Helmerhorst F, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD001776.
- Lidegaard, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009 Aug 13;339:b2890. doi:10.1136/bmj.b2890.
- French RS, Cowan FM, Mansour D, Higgins JP, Robinson A, Procter T, Morris S, Guillebaud J. Levonorgestrel-releasing (20 microgram/day) intrauterine Systems (Mirena) compared with other methods of reversible contraceptives. *BJOG*. 2000 Oct; 107 (10):1218-25.
- Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD002126.
- Ng YW, Liang S, Singh K. Effects of Mirena (levonorgestrel-releasing intrauterine system) and Ortho Gynae T380 intrauterine copper device on lipid metabolism—a randomized comparative study.
- French R, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs), versus other forms of reversible contraceptives as effective

methods of preventing pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD001776.

- Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD002126. Review.
- Rybo G, Andersson K, Odell V. Hormonal intrauterine devices. Ann Med. 1993 Apr; 25(2):143-7.
- Luukkainen T, Toivonen J. Levonorgestrel-releasing IUD as a method of contraception with therapeutic properties. Contraception. 1995 Nov;52(5):269-76.
- Godfrey EM, Memmel LM, Neustadt A, Shah M, Nicosia A, Moorhies M, Gilliam M. Intrauterine contraception for adolescents aged 14-18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A.
- Romer T, Linsberger D. User satisfaction with a levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS): data from an international survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009 Dec; 14(6):391-8.
- Rose S, Chaudhari A, Peterson CM. Mirena (Levonorgestrel intrauterine system): a successful novel drug delivery option in contraception. Adv Drug Deliv Rev. 2009 Aug 10;61(10):808-12. Epub 2009 May 13.
- Freeman S, Shulman LP. Considerations for the use of progestin-only contraceptives. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Feb;22(2):81-91.
- Halpern V, Grimes DA, Lopez L, Gallo MF. Strategies to improve adherence and

acceptability of hormonal methods for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD004317.

- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. Fertil Steril. 2008 Nov;90(5 Suppl): S103-13.
- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Hormonal contraception: present and future. Drugs Today (Barc). 2008 Dec; 44(12):905-23.
- Gompel A. Treatment of metrorrhagia, breakthrough bleeding and spotting under contraceptives. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Dec;37 Suppl 8:S356-64
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. Am Fam Physician. 2002 May 15;65(10):2073-80.
- Ornstein RM, Fisher MM. Hormonal contraception in adolescents: special considerations. Paediatr Drugs. 2006;8(1):25-45.v

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE CONDÓN MASCULINO Y FEMENINO:

- Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Male and female condoms. London (UK): Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care; 2007 Jan. 17 p.

- Weller S, Davis, K. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Male and female condoms. London (UK): Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care; 2007 Jan. 17 p.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Female barrier methods. London (UK): Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care; 2007 Jun. 17 p.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD DE LA MUJER

- :
- Grimes DA, Gallo MF, Grigorieva V, Nanda K, Schulz KF. Métodos basados en el conocimiento sobre fertilidad para la anticoncepción (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 - Pallone SR, Bergus GR. Fertility awareness—based methods: another option for family planning. *Jam Board Fam Med*. 2009 Mar-Apr;22(2):147-57.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE VASECTOMÍA:

- Baill IC, Cullins VE, Pati S. Counseling Sigues in Tubal Sterilization. *Am Fam Physician* 2008;67:1287-94,1301-2
- Rimsza ME. Counseling the adolescent about contraception. *Pediatr Rev*. 2007 May;24(5):162-70.
- Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. *Contraception*. 2007 Feb;67(2):115-32
- González Merlo J. Ginecología oncológica. Segunda edición. Elsevier España. 2000. p.334
- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references] PubMed
- Population Information Program. Vasectomy: safe and simple. *Population Reports, Series D, No. 4*. Baltimore: Johns Hopkins University; November/December 1983.
- Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertil Steril* 2000;73(5):923-36
- Peterson HB. Sterilization *Obstet Gynecol*. 2008 Jan;111(1):189-203.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA O RELACIONADA AL CAPÍTULO DE SALPINGOLIGADURA:

- González Merlo J. Ginecología oncológica. Segunda edición. Elsevier España. 2000. p.334
- Guideline. Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann*

- Reprod Health Care 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189. [77 references] PubMed
- Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 1996;174(4): 1161-8. (Estudio Crest).
 - Napolitano PG, Vu K, Rosa C. Pregnancy after failed tubal sterilization. J Reprod Med. 1996 Aug;41(8):609-13.
 - Ryder RM, Vaughan MC. Laparoscopic tubal sterilization. Methods, effectiveness, and sequelae. Obstet Gynecol Clin North Am. 1999 Mar;26(1):83-97.
 - Pati S, Cullins V. Female sterilization. Evidence. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec;27(4):859-99.
 - Kraemer DF, Yen PY, Nichols M. An economic comparison of female sterilization of hysteroscopic tubal occlusion with laparoscopic bilateral tubal ligation.
 - Peterson HB. Sterilization Obstet Gynecol. 2008 Jan;111(1):189-203.
 - Shobeiri MJ, Atashkhooi S. The risk of menstrual abnormalities after Tubal sterilization: a case control study. BMC Womens Health. 2005 May 2;5(1):5.
 - Peterson HB, Jeng G, Folger SG, Hillis SA, Marchbanks PA, Wilcox LS; U.S Collaborative Review of Sterilization Working Group. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. US. Collaborative Review of Sterilization Working Group. N Engl J Med. 2000 Dec 7;343(23):1681-7.
 - Gentile GP, Kaufman SC, Helbig DW. Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? Fertil Steril. 1998 Feb;69(2):179-86

